



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**



**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON VIH**

**Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica**

Natali Ruth Alcántara Zapata

**Lima, Perú
2008**

Tabla de Contenidos

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH

Introducción	I
Capítulo 1: Marco teórico	1
1.1 VIH/SIDA	1
1.2 Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento	9
1.2.1 Sintomatología Depresiva en pacientes con VIH	9
1.2.2 Adhesión al Tratamiento en pacientes con VIH	17
1.3 Planteamiento del Problema	23
Objetivo General	24
Objetivos específicos	25
Capítulo 2: Metodología	26
2.1 Participantes	27
2.2 Instrumentos	32
2.2.1 Encuesta Sociodemográfica	32
2.2.2 Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral	33
2.2.3 Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición	35
2.3 Procedimiento	40
Capítulo 3: Resultados	42
Capítulo 4: Discusión	50
Referencias Bibliográficas	71
Anexo A: Instrumentos	77
Anexo B: Análisis Estadísticos	90

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es una epidemia que desde que fuera descrita por primera vez en 1981 hasta la actualidad se ha propagado alrededor de todo el mundo, infectando a un promedio de 65 millones de personas y cobrando aproximadamente 25 millones de vidas, según reporta el Programa de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA, 2006).

El Perú no ha estado exento a esta propagación, ya que, tal como señala Cabello (2005), desde el inicio de la epidemia en 1983 hasta finales del 2005 había un aproximado de 80 mil personas viviendo con VIH/SIDA y cada año se diagnostican aproximadamente 1200 a 1500 personas con esta infección.

El tratamiento de estos pacientes ocasiona un menoscabo significativo en la economía nacional por el elevado costo mensual de la atención al infectado (US \$1,000 a US \$10,000) y porque afecta mayormente a la población productiva del país, responsable del enriquecimiento y sostenimiento de éste (MINSA, 2004).

Sin embargo, más allá del factor socioeconómico, es necesario resaltar el impacto psicológico de ser portador del VIH, ya que, según la bibliografía consultada, la vivencia de ser seropositivo se caracteriza por sentimientos de vergüenza, culpa, impotencia y miedo (Kasparas, s.f; Velásquez y Dario. 1996; Organización Panamericana de la Salud, 1999; Fasce, 1999). Estos sentimientos se encuentran relacionados con la discriminación y

estigmatización social, el deterioro de la calidad de vida, el miedo a la muerte, la pérdida de estatus en diferentes esferas como la familiar y la económica, entre otras dificultades (Fasce, 1999, Moreno, 1999; Peñarrieta, Rivera, Piñones y Quintero, 2006).

Todas estas experiencias negativas con las que se enfrenta la persona después del diagnóstico estarían detrás de la alta incidencia de sintomatología depresiva que presenta esta población. Esto es corroborado por diversas investigaciones, entre ellas la de Jeri y Lucho (1993) quienes encontraron que un 69.3% de pacientes con VIH de un Hospital Nacional de Lima presentaban perturbaciones emocionales definidas y persistentes, destacándose los cuadros de depresión y ansiedad. Asimismo, Rojas (1997) en un estudio realizado también en Lima, encontró que el 49% de las personas VIH positivas había visitado alguna vez a un psicólogo o psiquiatra y, de ellos, 35% lo había hecho por depresión o ideación suicida.

Investigar la presencia y factores relacionados a la sintomatología depresiva en la población con VIH de nuestro medio, sería de suma importancia para diseñar líneas de intervención psicológica, ya que de no ser tratada, ésta supone implicaciones negativas en el funcionamiento inmune, el que se encuentra sumamente vulnerable en estos pacientes, por lo que un deterioro de su funcionamiento podría implicar la muerte (OPS, 1999; Di Matteo, 2002; Villa y Vinacia, 2006).

A su vez, este estudio también pretende conocer los niveles de adhesión al tratamiento antirretroviral que presentan estos pacientes, pues si bien los nuevos tratamientos antirretrovirales han reducido la morbilidad y mortalidad causada por el VIH, se necesita un cumplimiento estricto de la medicación (90% a 95% de las tomas prescritas). Si no se sigue de esta forma, el virus se torna resistente a los medicamentos y el avance de la enfermedad se vuelve irrefrenable. (Remor, 2002; Willard, 2003; Villa y Vinaccia, 2006)

En nuestro contexto, no se cuenta con muchos estudios de adhesión al tratamiento en estas personas, pero las investigaciones realizadas en otros países indican que existen factores

que dificultan la adhesión, como la duración del tratamiento, la falta de confianza con el médico tratante, el bajo nivel educativo, la violencia doméstica y las reacciones emocionales negativas e intensas, tan frecuentes luego de un diagnóstico de seropositividad (Rodríguez, 1995; Remor, 2002; Anónimo, 2003; Taylor, 2003; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004; Hosek, Harper y Domanico, 2005).

En particular, algunas investigaciones realizadas en el extranjero señalan que la presencia de sintomatología depresiva estaría relacionada con una baja adhesión a los diversos tratamientos, entre ellos el antirretroviral (Remor, 2002; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Anónimo, 2003; Hosek, Harper y Domanico, 2005). Por ello, este estudio se orienta a identificar la posible asociación entre ambos factores con el objetivo de enfatizar la implicancia de los estados emocionales de estos pacientes como elementos que podrían interferir con un cumplimiento óptimo de las indicaciones médicas.

La investigación supone entonces el desarrollo de un marco conceptual en el que en primer lugar se trata el tema del VIH y la epidemia del SIDA, enfocándose en sus cifras y costos en el ámbito internacional y nacional, las características del virus y etapas de la infección, las vías de transmisión del mismo y el tratamiento que actualmente se sigue para controlarlo. Posteriormente, se realiza una revisión teórica de la sintomatología depresiva en pacientes VIH positivos, haciendo el deslinde respectivo de un trastorno depresivo mayor, para el que se necesitaría una confirmación clínica, y sistematizando investigaciones que han tratado la presencia de esta sintomatología en personas seropositivas, los factores psicológicos, sociales y físicos subyacentes y la importancia de estudiarla y tratarla por su impacto en el sistema inmunológico. Seguidamente, se define el término de adhesión al tratamiento, se hace una revisión de los factores asociados a una buena o mala adhesión a tratamientos médicos en general y al tratamiento contra el virus del VIH en particular, en el

que se resaltan los factores psicológicos y emocionales intervinientes. Finalmente se define la metodología, precisando las características de los participantes, los instrumentos a ser utilizados, sus cualidades psicométricas y el procedimiento.

Los resultados podrían aportar al diseño de intervenciones que redunden en un mejor aprovechamiento del tratamiento, una mejor calidad de vida para los pacientes seropositivos y un menor gasto por parte del estado en tratamientos truncados.



CAPÍTULO 1

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES SEROPOSITIVOS

1.1. VIH/SIDA

Desde 1981, en que fue descrito por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyos agentes etiológicos son los tipos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), esta enfermedad se ha convertido en una epidemia mundial que afecta a diversas poblaciones y regiones geográficas, volviéndose mucho más extensa de lo que se predijo hace apenas una década (Brooks, Batel y Morse, 2002). Esta se ha propagado implacablemente, en apenas 25 años, desde unos cuantos “puntos conflictivos” diseminados a prácticamente todos los países del mundo, infectando a 65 millones de personas y cobrando la vida de aproximadamente 25 millones (ONUSIDA, 2006).

A finales del 2005, el Programa de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaban que había un aproximado 38,6 millones de personas en todo el mundo que vivía con VIH; que en el curso de ese mismo año 4,1 millones habían contraído la infección por este virus, y que 2,8 millones perdieron la vida a causa de éste. Además, puesto que el SIDA tiende a atacar principalmente a adultos jóvenes y trabajadores, la epidemia del SIDA ya muestra efectos devastadores en las estructuras sociales y económicas de algunos países (ONUSIDA, 2006;

Brooks, Batel y Morse, 2002). Por ello, en el año 2000 los jefes de Gobierno de la Comunidad del Caribe reconocieron públicamente que la epidemia amenazaba con invertir los logros de desarrollo alcanzados por la región en las últimas décadas (ONUSIDA, 2000).

En el Perú, el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1983 por Raúl Patrucco. Los estudios de este médico y sus colegas concluyeron que el SIDA se inició en el Perú por varones homosexuales que vivieron en ciudades extranjeras donde la epidemia tenía una alta incidencia. La vía de transmisión predominante era -y continúa siendo- la sexual. Luego de esto, se registraron casos de hombres gay infectados llamados “nativos” pues no habían residido en el extranjero y ya en el año 1990 representaban el 90% de los casos. Además, como característica primordial se observó que el SIDA en el Perú era urbano y predominantemente limeño. Posteriormente, los casos de bisexuales y de mujeres infectadas fueron creciendo, llegando, en 1998, a 242 mujeres con el virus y, en consecuencia, se comenzaron a registrar los primeros bebés peruanos nacidos con VIH. El primer caso ocurrió en 1987 y para 1999 el número ascendía a 276 niños seropositivos. (Cueto, 2002).

Este autor señala que para 1996, el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) había registrado 3,994 personas en el Perú viviendo con SIDA y se estimaba que el número real era de entre siete mil y diez mil y el número acumulado de infectados por el VIH, entre cincuenta mil y setenta mil personas. Esto quería decir que, en promedio, ocurrían tres nuevos casos de SIDA cada día.

Por otro lado, según Cabello (2005), en el año 2005 Lima y Callao concentraban del 70 al 75% de personas infectadas, y los departamentos de la Costa y la Selva eran los más afectados. Además, refiere que desde el inicio de la epidemia en 1983 hasta octubre del 2005 había un aproximado de 80 mil personas con VIH/SIDA aunque muchas de ellas no conocían su diagnóstico. Dentro de este grupo, 23 mil 675 personas con VIH han sido diagnosticadas,

17 mil 678 han sido diagnosticados en etapa SIDA- fase última de la infección- y aproximadamente cada año se diagnostican de 1200 a 1500 personas con SIDA.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2004), señala que el impacto económico que ocasiona la infección se debe al elevado costo mensual de la atención del infectado (US \$1,000 a US \$10,000), y a que afecta preferentemente a la población productiva (20 a 45 años), que es la responsable del enriquecimiento y sostenimiento del país, resultando sumamente grave para un país que lucha por el desarrollo. Por lo tanto, enfatiza que es urgente una acción rápida dentro de los siguientes años, la cual puede producir una diferencia decisiva en la tasa de transmisión del VIH en el Perú.

En lo referente a las características del virus de inmunodeficiencia humana, se encuentra su extraordinaria capacidad de evadir la respuesta inmunológica humana y continuar multiplicándose por muchos años. En este proceso ataca a los linfocitos CD4+, que son las células inmunológicas encargadas de la defensas del cuerpo contra las infecciones. Al ser destruidos gradualmente por el virus, el número de linfocitos baja a un nivel crítico y es ahí cuando se deteriora la respuesta inmune, por lo que las personas infectadas con VIH comienzan a presentar neoplasias, infecciones por agentes patógenos oportunistas o por la aparición de una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, entre otras manifestaciones adicionales. (Capra, Janeway, Travers y Walport, 2000; Vía Libre, s. f)

Capra y cols. (2000) señalan que la infección por VIH no causa SIDA inmediatamente. Además, refieren que aún hay controversia sobre las formas en las que actúa el VIH y sobre la posibilidad de que no todos los pacientes infectados por este virus desarrollen abiertamente la enfermedad. Sin embargo, señalan que al parecer la infección por VIH raramente o nunca conduce a una respuesta inmunitaria capaz de eliminar el virus. A pesar de que la infección aguda inicial parece ser controlada por el sistema inmunitario, el VIH continúa replicándose rápidamente e infecta nuevas células. Por ello, sin tratamiento, es

muy probable que antes de un decenio la mayoría de estas personas desarrollen enfermedades oportunistas mortales como consecuencia de las deficiencias inducidas por este virus en el sistema inmunitario (Brooks, Batel y Morse, 2002).

El sistema de clasificación de progresión de la infección más usado actualmente es el propuesto en 1993 por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Center for Diseases Control, 1993). Para poder clasificar al paciente en un estadio, primero se identifica el número de células CD4 que tiene, luego, se ve a qué categoría clínica pertenece la sintomatología que presenta (A, B ó C). De esta forma, considerando la categoría CD4 y la categoría clínica, se puede diagnosticar con precisión el grado de progresión de la infección, tal como muestra la siguiente tabla:

Tabla 1: Clasificación de progresión de la infección por VIH.

Categoría CD4+ (cel./ mm ³)	Categorías clínicas*		
	A	B	C
(1) ≥ 500	A1	B1	C1
(2) 200-499	A2	B2	C2
(3) < 200	A3	B3	C3

Nota: las categorías incluidas en la zona sombreada indican SIDA

Es importante señalar que cualquier sintomatología propia de la categoría clínica C, ubicará al paciente en etapa SIDA independientemente del número de células CD4 que tenga. De igual forma, se hallará en fase SIDA cualquier persona con sintomatología clínica A ó B que, al mismo tiempo, presente un nivel de CD4 menor a 200 células por mililitro de sangre.

A continuación, se detallan las diversas enfermedades y condiciones propias de cada categoría clínica que, junto con el número de células CD4, ayudarán a diagnosticar al paciente en alguna de las diferentes etapas.

Categoría clínica A: 1. Infección asintomática, 2. Linfadenopatía generalizada persistente y 3. Infección Aguda (Primaria).

Categoría clínica B: Sintomático, sin presencia de condiciones A o C

1. Angiomatosis bacilar
2. Candidiasis vulvovaginal persistente más de un 1 mes, con pobre respuesta al tratamiento
3. Candidiasis orofaríngea
4. Displasia cervical o carcinoma in situ.
5. Síntomas constitucionales: fiebre (38,5°C) o diarrea mayor de 1 mes

Categoría clínica C

Condiciones clínicas que definen SIDA

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar
2. Cáncer cervical invasivo
3. Coccidioidomicosis extrapulmonar
4. Cryptococosis extrapulmonar.
5. Cryptosporidiosis con diarrea mayor de un (1) mes.
6. Retinitis por Citomegalovirus o infección por Citomegalovirus en bazo, hígado o nódulos linfáticos.
7. Úlceras muco-cutáneas de un (1) mes o más de duración, bronquitis, neumonitis o esofagitis por Herpes simples.
8. Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
9. Isosporiasis con diarrea mayor de un (1) mes.
10. Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
11. Neumonía bacteriana recurrente (más de dos episodios en un año).
12. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.

13. Infecciones por *Mycobacterium avium* o *kansasii* extrapulmonar o diseminada.
14. Nocardiosis.
15. Toxoplasmosis del S.N.C.
16. Salmonelosis recurrente o diseminada.
17. Strongiloidiasis extraintestinal.
18. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
19. Sarcoma de Kaposi.
20. Linfoma primario del S.N.C, linfoma inmunoblastico o linfoma de Burkitt.
21. Síndrome de desgaste.

En cuanto a las vías de transmisión, el contagio de VIH puede darse por contacto sexual, de madre a hijo en el periodo perinatal, por transfusión sanguínea o por accidentes con agujas contaminadas. Dentro de la actividad sexual, la vía de transmisión puede ser genital, oral u anal, siendo en esta última en la que se presenta mayor riesgo de contagio (Vía Libre, s. f). Por su parte, la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea o chancroide aumentan hasta 100 veces el riesgo de transmisión sexual del VIH por la inflamación y lesiones que facilitan la transferencia del virus a través de las mucosas. Además, las personas asintomáticas positivas al virus pueden transmitirlo, siendo la actividad homosexual promiscua el mayor factor de riesgo para contraer la enfermedad. Este riesgo aumenta en proporción al número de encuentros sexuales con parejas diferentes (Brooks, Batel y Morse, 2002).

La transmisión de madre a hijo, llamada también vertical, se puede dar cuando una mujer portadora se encuentra encinta, durante el parto o la lactancia (Vía Libre, s. f.). Los niños infectados durante este proceso padecen una gran variedad de problemas del desarrollo, incluyendo problemas intelectuales, psicomotores, emocionales y conductuales. Entre un 15% y un 30% de niños de madres portadoras del VIH se infectan, pero este porcentaje puede

reducirse al 8% o menos si la mujer embarazada recibe tratamiento prenatal con antirretrovirales. (Brannon y Feist, 2001)

Otra de las formas de transmisión es la transfusión de sangre o productos derivados de la sangre obtenidos a partir de donantes portadores. Actualmente el riesgo es muy bajo en lugares en los que se examina la sangre antes de realizar la transfusión sanguínea. (Vía Libre, s.f.)

Por último, los accidentes con agujas contaminadas se dan con el uso de drogas intravenosas que son compartidas entre los usuarios de éstas. Otra forma en la que pueden ocurrir estos accidentes se da cuando un trabajador de salud se pincha con agujas contaminadas con sangre de un individuo infectado por el VIH (Vía Libre, s.f.).

El método de diagnóstico más usado es el serológico, que revela la presencia de anticuerpos producidos contra el VIH en la sangre, lo cual se hace por las pruebas de ELISA o Western Blot. ELISA, llamada también prueba de descarte o tamizaje por su alta sensibilidad, detecta a la mayoría de personas que están infectadas con el virus; por ello si la prueba es negativa la posibilidad de infección es casi nula. Por otro lado, la prueba de Western Blot detecta la producción de anticuerpos producidos contra las proteínas que envuelven el virus. Es más específica que la técnica de ELISA, por lo que se usa como prueba confirmatoria, es decir que si el examen de ELISA es positivo se debe realizar una prueba Western Blot para corroborar el resultado. (Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004)

Según Villa y Vinaccia (2006), en los comienzos de la aparición del virus a nivel mundial el tratamiento consistía en inhibidores de la transcriptasa inversa, enzima responsable de la producción del ADN que necesita el VIH para entrar en el núcleo del linfocito e integrarse en el código genético. Sin embargo, ya que el ciclo de vida del VIH es muy corto y su vida media es de seis horas en una persona infectada, tiene una replicación

sumamente rápida, por lo que el virus muta a gran velocidad y fácilmente se vuelve resistente a las terapias simples.

Frente a este panorama desalentador de progresión de la epidemia, surgieron nuevos medicamentos denominados inhibidores de proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito. La inclusión de estos fármacos y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy se conoce como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que comprenden, por un lado, los fármacos destinados a defender al sistema inmune del VIH, llamados antirretrovirales; y, por otro lado, los fármacos necesarios para el tratamiento de cualquiera de las enfermedades oportunistas que tenga el paciente, las que en ocasiones pueden ser múltiples. (Villa y Vinaccia, 2006)

La aparición de esta combinación de terapias antirretrovirales ha reducido significativamente la morbilidad y mortalidad causada por el VIH, puesto que este tratamiento no sólo suprime la carga viral de los pacientes hasta niveles indetectables, sino que también incrementa los indicadores de funcionamiento inmunitario y mejora el estado clínico. En ese sentido, si bien en las últimas etapas de la infección por VIH la causa principal de morbilidad y mortalidad en los pacientes son las infecciones oportunistas, es decir, infecciones graves inducidas por agentes que rara vez causan enfermedad grave en personas inmunocompetentes, se ha logrado el tratamiento para algunos patógenos oportunistas comunes y por ello el manejo de pacientes con SIDA permite una esperanza de vida más prolongada (Brooks, Batel y Morse 2002). Todo esto ha hecho posible hablar del SIDA como una enfermedad crónica no necesariamente fatal (Anónimo, 2003; Levensky, 2006; Taylor, 2003; Villa y Vinaccia, 2006; Zinger, 2004).

1.2 *Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en pacientes con VIH*

1.2.1 *Sintomatología Depresiva en pacientes con VIH*

Según el DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), la característica principal de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico en el que se presentan uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de episodio depresivo mayor no se consideran los episodios del estado de ánimo inducido por sustancias ni aquellos debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

La característica principal de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También se deben presentar al menos cuatro síntomas dentro de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente comparado con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. Por último, el episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (APA, 2002)

Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico de trastorno depresivo mayor resulta complicado en los pacientes con VIH, pues síntomas como la fatiga, la perturbación del sueño y la pérdida de peso son también síntomas frecuentes de la progresión de la

infección (Taylor, 2003, Villa y Vinaccia, 2006). Más aún, en el DSM-IV-TR (APA, 2002) se encuentran, dentro de los trastornos del ánimo debidos a enfermedad médica, la infección por VIH como una de las enfermedades que pueden causar alteraciones en el humor. Por ello, el diagnóstico diferencial es complicado y se recomienda diagnosticar trastorno del estado de ánimo no especificado si no se tiene claro que la alteración del estado de ánimo se deba a la acción del virus en el organismo o al impacto psicológico de ser seropositivo.

Por su parte, Judd, Komiti, Chua, Mijch, Hoy, Grech, Street, Lloyd y Williams (2005) señalan la dificultad para discriminar las causas de la depresión en las personas que viven con VIH/SIDA puesto que se han sugerido, junto a los factores psicológicos y sociales, factores biológicos subyacentes a la propia enfermedad. En ese sentido, existe la idea de que la depresión puede ser resultado de efectos neurotrópicos del virus en el sistema nervioso central que puede llevar a una depresión “orgánica” o secundaria, lo que tendría serias implicancias en el tratamiento de estos pacientes. Fue por ello que realizaron una investigación para determinar los factores que subyacían a la etiología de la depresión en estos pacientes, y encontraron que los síntomas depresivos en personas infectadas con VIH estaban fuertemente relacionados a estilos de personalidad como alto neuroticismo y baja conciencia según el inventario de personalidad NEO-PI; haber presentado cuadros psiquiátricos en el pasado (desórdenes anímicos como depresión mayor, distimia, trastorno bipolar) y desórdenes de ánimo debidos a una condición médica general y al abuso de sustancias; y, tener una situación actual de estrés psicosocial. Adicionalmente, no se encontró asociación entre la depresión y el estadio de enfermedad por VIH y no hubo evidencia en su estudio de un subtipo distinto de depresión “orgánica” o secundaria en estas personas.

Por todo lo visto, dadas las dificultades en establecer un diagnóstico de depresión mayor en estos pacientes, en la presente investigación se trabajará con aquellas personas que presentan sintomatología depresiva y no con el diagnóstico clínico dado por el DSM-IV-TR.

El grado de severidad de esta sintomatología será medida con el inventario de Depresión de Beck (IDB-II) que si bien fue desarrollado para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos del DSM-IV sólo indica la presencia y grado de éstos, mas no pretende ser un instrumento para especificar un diagnóstico clínico (Beck, Steer y Brown, 2006).

La importancia de evaluar la sintomatología depresiva en las personas seropositivas se debe a que, más allá de la etiología de ésta, su presencia supone implicaciones adversas para la influencia inmunosupresiva del estado de salud y tiene un efecto deteriorante sobre el funcionamiento inmune (Organización Panamericana de la Salud, 1999; Di Matteo, 2002; Villa y Vinaccia, 2006). En ese sentido, Gordillo y de la Cruz (2003) aluden a diversos estudios que señalan la posibilidad de que los estresores psicológicos reduzcan la producción de citoquinas importantes para estimular las células NK (natural killer) y, por ello, aumenten la propensión a desarrollar una enfermedad infecciosa o la progresión de la enfermedad. En ese sentido, Di Matteo (2002) menciona que se ha encontrado que el ser sensible al rechazo de los demás acelera el declive de la salud entre las personas con VIH. Esta misma autora señala que en un estudio en un grupo de varones gays seropositivos en fase asintomática sobre un periodo de cinco años, se halló que los niveles de depresión estaban significativamente asociados con menor número de células inmunológicas T. En esa misma línea, según Taylor (2003), varios estudios de pacientes con VIH han encontrado que las creencias negativas sobre sí mismo y el futuro estaban asociadas con el declinamiento de las células CD4 y que las expectativas negativas sobre el curso de la enfermedad podían llevar a que efectivamente se acelere el curso de ésta.

En el lado positivo, esta autora señala que la habilidad para encontrar significado en las experiencias de uno mismo parece lentificar el declinamiento de los niveles CD4 y ha sido relacionada a una menor probabilidad de muerte relacionada al SIDA.

Para comprender los factores psicológicos relacionados a la sintomatología depresiva en personas seropositivas, debemos enmarcarnos dentro del contexto de las enfermedades crónicas y entender, tal como señala Rodríguez (1995), que la enfermedad es un proceso que deteriora el funcionamiento biológico de la persona y puede, como el SIDA, conducirla a la muerte. Si bien ésta no se presenta de forma inmediata, la enfermedad implica un quiebre importante en el estado de salud, el cual es un factor esencial de la calidad de vida, que, en los enfermos crónicos, dependerá de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos que tengan ambos (Rodríguez, 1995). Dado que la enfermedad crónica está sujeta, para su manejo, a la toma de tratamientos de forma intermitente y sistemática, cambios permanentes en las actividades físicas, vocacionales y sociales, además de integrar el rol de pacientes dentro del esquema psicológico de las personas, estos se encuentran después del diagnóstico en un estado de crisis caracterizado por el desequilibrio físico, psíquico y social (Taylor, 2003).

Dentro del amplio rango de emociones que el paciente crónico experimenta, la depresión es una reacción común y a menudo debilitante de este tipo de enfermedades. Aunque hay evidencia de que ésta se experimenta en fases posteriores del proceso de ajuste a la enfermedad, también puede presentarse intermitentemente a lo largo de éste, pues puede ser una reacción demorada dado que a los pacientes, a menudo, les toma tiempo entender las implicancias totales de su condición (Taylor, 2003). La depresión, por lo general, es el resultado de esfuerzos fallidos para cambiar el curso de la enfermedad, o puede ser la reacción del paciente que se ha rendido sin intentar vencer su condición (Di Matteo, 2002). Esta autora menciona que algunos profesionales de la salud mental discuten que la depresión sea un estado inevitable y aun acaso necesario de este tipo de pacientes mientras se desenganchan de la vida.

Por otro lado, la depresión no sólo es importante por el malestar que produce, sino también por el efecto que tiene en la rehabilitación a largo plazo y la recuperación. Esto se debe a que los pacientes con enfermedades crónicas y sintomatología depresiva muestran menor motivación en la rehabilitación, es menos probable que mantengan los resultados de ésta, tienen implicancias negativas en la adhesión al tratamiento y presentan una tasa de suicidio mucho mayor que los grupos de su misma edad. Por todo esto se puede concluir que la depresión es un potente factor de riesgo para la muerte entre los enfermos crónicos (Taylor, 2003).

Dado que no todos los pacientes presentan respuestas emocionales tan intensas que lleguen a ser disruptivas de su tratamiento y calidad de vida, es importante señalar que el nivel de adaptación a la enfermedad dependerá de las características específicas de ésta y su carácter estresante se relacionará a muchos factores como la duración; la forma de aparición; la intensidad y gravedad; y, las etapas del proceso de enfermedad (Rodríguez, 1995).

En el caso de los seropositivos, a todos los factores mencionados se suman el estigma y discriminación por parte de la sociedad –tanto en establecimientos de salud, ámbito laboral y la propia familia- lo que está asociado al carácter infeccioso y mortal del VIH, a la falta de información sobre los medios de transmisión de éste y al imaginario social de las prácticas sexuales asociadas a la infección (Velásquez y Darío, 1996; Díez Canseco, 2005).

En estas personas, la sintomatología depresiva e incluso episodios de Depresión Mayor se hallan entre los desórdenes psiquiátricos más prevalentes, aunque sin diagnosticar (Patterson, Young, Woods, Vigil, Grant & Atkinson, 2006). Según señala Kasparas (s.f.), la prevalencia de Depresión Mayor varía ampliamente según la población VIH que se estudie, pero está entre los disturbios psicológicos más comunes, siendo para algunos autores hasta siete veces más frecuente que en poblaciones similares VIH negativas. En la misma línea, según Porche y Willis (2006), los hombres infectados con VIH pueden

experimentar los tres desórdenes depresivos más comunes: depresión mayor, distimia y trastorno bipolar.

Esta alta prevalencia de sintomatología depresiva en estas personas se relaciona con las vivencias de fuerte impacto emocional a las que están expuestos desde el momento de recibir el resultado de ser portadores, las expectativas frente a los controles médicos, la muerte por SIDA de personajes públicos o de allegados, las publicaciones sobre el tema, la discriminación que pueden sufrir, los problemas laborales y económicos que se presentan, la aparición de enfermedades oportunistas y el comienzo de síntomas de la enfermedad (Kasparas, s.f.). Además, la persona con VIH/SIDA tiene temor de infectar a los demás y de reinfectarse; de morir solo, con dolor, abandonado y transformado físicamente. La culpa también está presente por haber contraído la enfermedad, por tener que ser atendido, por no cumplir lo prometido, por su historia personal o porque se siente egoísta. (OPS, 1999) Asimismo, Fasce (1999) plantea que se debe tener en cuenta que luego del diagnóstico el paciente tiene que cambiar drásticamente su estilo de vida y adoptar nuevos hábitos para retardar los síntomas, lo que puede ser vivido como una limitación y disminución de fuentes de placer. Moreno (1999), por su parte, señala que debido a que el contagio de VIH se relaciona en el imaginario social con prácticas sexuales promiscuas u opciones sexuales no aceptadas; la estigmatización, la discriminación social y el rechazo van desde los pacientes hasta sus familias, por lo que desarrollan frecuentemente sentimientos de vergüenza, dolor, impotencia, miedo a ser señalados, a ser aislados y a perder el honor ante los demás. Este autor añade que al interior de la familia se pierden las imágenes ideales que se habían formado del paciente, suele haber una redistribución de los roles, y si el enfermo era el proveedor económico principal la problemática se tornará más difícil, se piensa en todo lo que se podría haber hecho para evitar la situación actual, y se destruyen las fantasías sobre el futuro. Ante todo ello, Velásquez y Darío (1996) plantean que la suma de estas situaciones

afecta el estado emocional del paciente acentuando la sintomatología depresiva, lo cual repercute de forma negativa en su desempeño social y productivo.

Todo lo expuesto anteriormente se ve confirmado en las investigaciones llevadas a cabo con portadores del VIH. En ese sentido, los resultados de un estudio realizado entre marzo de 2004 y abril de 2005 en México (Peñarrieta, Rivera, Piñones y Quintero, 2006) indican que las personas que viven con VIH/SIDA presentan múltiples dificultades y necesidades, siendo los problemas de mayor impacto el estigma interno- sentimientos de vergüenza y culpa asociados al VIH/SIDA y al temor que experimentan estas personas de ser discriminadas debido a su condición-, el estigma externo y discriminación efectiva, tanto laboral como del personal de salud. Esto genera en ellos sentimientos de temor, soledad y depresión. Por otro lado, está reportado que las interacciones que carecen de soporte social, como la falta de sensibilidad, el optimismo forzado, la inculpación o la desconexión, predicen una gran parte de la varianza de depresión en pacientes con VIH (Ingram, Jones, Fass, Neidig y Song, 1999).

De igual manera, en nuestro medio, una investigación llevada a cabo en un hospital de Lima con 196 pacientes infectados con el VIH (Jeri y Lucho, 1993) comprobó que, tanto en etapas seropositivas asintomáticas y sintomáticas, existían trastornos ansiosos en el 18.3 % de los casos, cuadros depresivos en el 26% y síndromes mixtos depresivo-ansiosos en un 25%, vale decir que el 69.3% de estos pacientes presentaban perturbaciones emocionales definidas y persistentes. En esta misma investigación se constató que los primeros pacientes atendidos en otros servicios del hospital, fueron rechazados, discriminados y expulsados de los ambientes en cuanto se conoció su diagnóstico, lo que no sólo ocurrió por parte de enfermeras y auxiliares -que ni siquiera tocaban a los pacientes- sino también por parte de los mismos médicos los cuales daban de alta al paciente al enterarse de la naturaleza de sus síntomas, argumentando que éstos tenían muchas enfermedades o que no se podía hacer nada

más por ellos. Asimismo, en una investigación llevada a cabo en Lima para conocer las actitudes que tenían los trabajadores del sector salud-entre médicos, psicólogos, enfermeras, personal administrativo y de limpieza- hacia los pacientes con VIH, Rosasco (1990) constató que un 25% de ellos tenía temor de atenderlos y sólo un 1% manifestaba tener rechazo o fastidio, lo que si bien es un porcentaje bajo, debe ser tomado con cuidado ya que se podría tratar de respuestas enmascaradas por la deseabilidad social.

Por su parte, Rojas (1997) encontró a partir de un estudio realizado en nuestro medio que el 49% de las personas VIH positivas habían visitado alguna vez al psicólogo o psiquiatra, siendo los motivos principales la depresión e ideación suicida en el 35% de los casos y la consejería para VIH/SIDA en el 25%

A su vez, Fasce (1999) al investigar la depresión de un grupo de personas infectadas con VIH en Lima encontró que la escasez de soporte social percibido favorecía la depresión y, en ese sentido, un factor que parecía amortiguarla era la pertenencia a un Grupo de Ayuda Mutua, la cual disminuía, principalmente, las cogniciones negativas y aportaba en la consecución de una mejor autoestima.

Por otro lado, estudios recientes como los de Tegger, Crane, Tapia, Uldall, Holte, y Kitahata (2008) y Walkup, Blank, Gonzalez, Safren, Schwartz, Brown, Wilson, Knowlton, Lombard, Grossman, Lyda, y Schumacher (2008) señalan que, controlando otros factores, aquellas personas seropositivas que presentan depresión y/o ansiedad tienen una probabilidad significativamente menor de iniciar un tratamiento antirretroviral que aquellos pacientes sin enfermedad mental. Sin embargo, si aquellos pacientes reciben medicación para estos cuadros tienen las mismas probabilidades de iniciar el tratamiento que aquellos sin complicaciones en lo referente a su salud mental. Además, la iniciación del TARGA para los pacientes depresivos y/o ansiosos que reciben tratamiento psiquiátrico está asociada con una

ausencia de demora, la cual es frecuentemente encontrada en aquellos que no están siendo tratados.

Sin embargo, es mejor detectar la presencia de depresión en las primeras etapas, antes de que requiera medicación, o, si ya la requiere, proporcionarla antes de que el paciente inicie el tratamiento antirretroviral ya que, según estudio citados por Gordillo y de la Cruz (2003) el tratamiento farmacológico antidepresivo conlleva el riesgo de una posible interacción entre los inhibidores de la proteasa (mediación antirretroviral) y la medicación psicotrópica lo que puede producir una modificación de los niveles plasmáticos en uno o ambos tipos de fármacos.

Estas investigaciones evidencian la importancia de, en primer lugar, detectar la sintomatología depresiva en personas con VIH y, luego de esto, ayudarlas a acceder a un tratamiento apropiado lo cual es altamente importante para que estas personas puedan obtener todos los beneficios que el TARGA proporciona.

1.2.2 Adhesión al Tratamiento en pacientes con VIH

La conceptualización del término “adhesión” ha implicado una delimitación y diferenciación de conceptos más antiguos. Los términos “adherencia”, “adhesión”, “cumplimiento” y “obediencia” se han usado de forma intercambiable por mucho tiempo, aunque el término “adherencia” es una traducción literal del inglés *adherence* que alude a la unión física, mientras que adhesión, según el diccionario español, se refiere más al efecto de la acción de adherir o adherirse en un dictamen o partido. Por otro lado, los términos “cumplimiento” y “obediencia” hablan del grado en que un paciente sigue escrupulosamente las instrucciones y prescripciones del personal de salud, pero denotan su rol pasivo (Eisenthal, Emery, Lazare y Udín, 1979). Debido a que la conducta de adhesión se refiere tanto a la toma de la medicación, como el seguimiento de una dieta, modificación de hábitos

y cambios en el estilo de vida no supone una aceptación pasiva del paciente sino, por el contrario, totalmente activa de forma que siga las recomendaciones del profesional de la salud (Barriga, León, Martínez y Jiménez, 1990). Adicionalmente, Di Matteo (2002) explica que la palabra cumplimiento puede ser vista como implicando una actitud de que el régimen debe ser estrictamente “obedecido”. Ese término puede sugerir que si hay un desacuerdo sobre lo que debe ser hecho el juicio del profesional de la salud es superior al del paciente y éste debe acatarlo. Esta presunción, según esta autora, no es necesariamente correcta, pues muchas veces el paciente no sigue las recomendaciones médicas porque tiene, precisamente, una decisión diferente aunque cuidadosamente analizada por sí mismo.

Por otro lado, el término opuesto de “incumplimiento”, tiene connotaciones valorativas negativas que hacen responsable al paciente, lo que afecta el vínculo terapéutico al ser llamados de esa forma (Eisenthal, Emery, Lazare y Udín, 1979). En ese sentido, Barriga y cols. (1990) manifiestan que el paciente, como actor, tenderá a ver y explicar su conducta como una respuesta a la situación en la que se encuentra, mientras que el médico, como observador, atribuirá la misma conducta a la personalidad del paciente explicándola por su poca cooperación, su ignorancia, su falta de motivación, o su propensión a los olvidos, cuando, en realidad y como se verá más adelante, la causa más grande de no adhesión es la pobre comunicación médico-paciente. Según estos autores, este desacuerdo tendría como consecuencia la incomprensión o falta de entendimiento de ambos. Además, el que los profesionales de salud atribuyan el cumplimiento o incumplimiento al tipo de personalidad o aspectos internos del paciente y lo etiqueten como “no cooperador” puede tener consecuencias importantes en el tratamiento, haciendo a los médicos centrarse en los síntomas agudos más que en la totalidad de la persona.

Introduciéndonos más profundamente en la “adhesión terapéutica” encontramos que éste es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del

paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín y Grau, 2004, citado en Villa y Vinaccia, 2006, p. 52). Está también referido al grado en que un paciente logra realizar la prevención o las recomendaciones de tratamiento médico dados por un profesional de la salud (Di Matteo, 2002).

Se estima que una media de 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos, lo que supone dos de cada cinco pacientes (Rodríguez, 1995). Asimismo, de 750 millones de prescripciones hechas cada año, aproximadamente 520 millones son asumidas con una baja o total falta de adhesión (Taylor, 2003). Más aún, se debe tomar en cuenta que este porcentaje puede ser más alto todavía ya que el cumplimiento puede ser parcial por lo que el paciente no se considera no adherente cuando se le pregunta (Rodríguez, 1995).

Los porcentajes de adhesión varían de acuerdo a factores muy diferentes, por ejemplo, según Rodríguez (1995) en el caso de enfermedades agudas la tasa de no adhesión llega aproximadamente al 20%, mientras que en las crónicas es del 45%, o, para algunos autores como Taylor (1991) de al menos 50 %. En el caso de regímenes terapéuticos que consisten en cambio de hábitos o estilos de vida la tasa de adhesión es todavía más baja y decrece aún más si se tienen que tomar medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos que afectan adversamente la calidad de vida (Di Matteo, 2002; Rodríguez, 1995; Taylor, 1991).

Debido a que la adhesión en enfermedades crónicas y tratamientos complejos es muy baja resulta preocupante constatar que en los pacientes con VIH se requiere, incluso más que en otros pacientes crónicos, un cumplimiento estricto de la medicación para beneficiarse de los resultados positivos que ofrece el tratamiento antirretroviral. Esta adhesión debe oscilar entre un 90 a 95% de la toma del tratamiento prescrito (Remor, 2002), puesto que el

cumplimiento insuficiente genera mutaciones del virus VIH que se torna resistente al tratamiento farmacológico, haciéndose ineficaz para frenar el avance de la enfermedad. Por ello, cualquier nivel de no-adhesión (a menudo unas pocas dosis olvidadas) llevarán, eventualmente, al desarrollo de una resistencia a los antirretrovirales (Willard, 2003; Villa y Vinaccia, 2006). Esta situación se torna más grave si se toma en cuenta que la resistencia a un fármaco puede llevar a una resistencia secundaria hacia otros medicamentos y la posibilidad de transmitir cepas de virus resistentes si, además, la resistencia al tratamiento involucra seguir con prácticas sexuales desprotegidas. En efecto, actualmente se presentan pacientes resistentes a los antirretrovirales, que nunca antes habían tomado estos medicamentos. (Villa y Vinaccia, 2006)

En cuanto a los factores generales asociados que influyen en la adhesión terapéutica, se encuentra, en primer lugar, aunque muchas veces desestimada, la decisión del paciente de adherirse a un régimen médico prescrito. En efecto, como señala Taylor (2003), muchos médicos asumen simplemente que los pacientes seguirán sus indicaciones, sin tomar en cuenta que el paciente primero debe decidir hacerlo.

Asimismo, Rodríguez (1995) menciona el nivel de satisfacción del paciente con la relación con su médico; los aspectos psicosociales del primero, tanto cognitivos, emocionales, sociales y la percepción de apoyo social; la naturaleza de la enfermedad; y, las características del régimen terapéutico, entre las que se deben considerar el tipo, la complejidad, la exigencia comportamental, la duración, los costos y beneficios, la eficacia, los efectos secundarios y el contexto social. Taylor (2003), por su parte, resalta la importancia de una buena comunicación, que pasa por comprender de qué se trata el tratamiento, en lo que es central una explicación, por parte del médico, clara y libre de lenguaje técnico sobre la etiología, diagnóstico y recomendaciones. Esta autora también hace hincapié, al igual que Rodríguez (1995), en la satisfacción con la relación que se tenga con el

médico o proveedor de servicios de salud, ya que mientras más cálido y cuidadoso sea el trato que el paciente percibe en éste, mayor será el grado de adhesión. Por el contrario, si el médico se muestra enojado o impaciente con los enfermos tendrá más pacientes no adherentes.

Otro factor que según Taylor (2003) influye en la adhesión es el tipo de régimen de tratamiento, pues aquellos que deben ser seguidos por largos periodos (como los que sirven para el manejo de enfermedades crónicas), aquellos altamente complejos o los que interfieren con conductas deseadas por el paciente, son los que presentan menores niveles de cumplimiento. Además, esta misma autora encuentra que la adhesión es mayor (cerca de 90%) cuando el tratamiento es visto como médico (tomar pastillas), pero mucho menor (76%) cuando el tratamiento parece ser no médico (como recomendaciones de descanso). Este nivel baja aún más (20 a 50%) cuando se le pide al paciente que cambie estilos de vida como fumar o beber alcohol.

En el caso particular de los pacientes con VIH, aparte de los factores mencionados, la adhesión se ve favorecida por el apoyo social y familiar percibido (Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004; Remor, 2002; Villa y Vinaccia, 2006). Este se refiere a la percepción subjetiva de apoyo en el paciente (tanto emocional, instrumental e informacional) y la confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales. Según Remor (2002) este factor ha sido reportado como importante en la progresión de la infección por VIH, habiendo inclusive sido relacionado en dirección inversa con el distrés emocional.

Otros factores que contribuyen al cumplimiento son el poder incluir las medicinas de forma adecuada dentro de la rutina diaria, el entender las consecuencias de la adhesión inadecuada y la necesidad de tomar todas las dosis según las indicaciones. Igualmente, es importante sentirse cómodo tomando la medicina frente a otros y el asistir a todas las citas programadas. (Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004)

Dentro de los factores internos y de personalidad implicados en una adecuada adhesión, se encuentra a la autoeficacia percibida -entendida como la convicción que uno tiene de poder realizar con éxito las conductas necesarias para producir un resultado determinado (Bandura, 1977, citado en Balague, 1990), el esfuerzo percibido y la percepción de control (Remor y Martín, 1999; Remor, Ulla, Arranz y Carrobles, 2001; Taylor, 1991; Tuldrá, Ferrer, Fumaz, Bayés, Paredes, Burger y Clotet, 1999). En ese sentido, Ladero, Orejudo y Carrobles (2005) en una investigación realizada con pacientes seropositivos y drogodependientes encontraron que la autoeficacia y el esfuerzo necesario percibido mostraban tener un efecto predictor sobre la adhesión. En estos pacientes, la autoeficacia percibida dependía del apoyo del centro de tratamiento de las drogodependencias, de la frecuencia de asistencia a éste, de tener automatizadas las tomas de la medicación y de la ansiedad experimentada.

Adicionalmente, según señala el Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, (2004), otros factores que favorecen la adhesión en las personas que viven con VIH son el conocimiento emocional de sí mismo, pues esto lleva a tener mayor control y conciencia de cada acto; una adecuada autoestima que permite al paciente valorarse, tener actitudes positivas y asertivas hacia su estado y hacia el mundo, así como conocer sus posibilidades y limitaciones; y, la independencia económica y psicológica que le ayudará a estar más atento, tener más fuerzas y decidir por sí mismo la solución para enfrentar los problemas que puedan surgir durante el tratamiento. Asimismo, las relaciones interpersonales positivas con el personal de salud, la familia, amigos y otras personas que viven con VIH pueden hacer que se tomen actitudes óptimas para el manejo terapéutico; la flexibilidad permitiría adecuar las emociones, pensamientos y comportamientos a situaciones cambiantes y adaptarse con facilidad a lo impredecible; y, el optimismo aseguraría una mayor motivación

de seguir adelante y tener presentes los beneficios del tratamiento, todo lo cual impulsaría a estas personas a mantener una adecuada adhesión.

Por el contrario, dentro de los factores asociados a una baja adherencia, se encuentran la falta de confianza en el médico; el uso de alcohol y drogas; el bajo nivel educativo; el no poder identificar las medicinas cuando se les pregunta por éstas; la falta de acceso a servicios de salud y medicinas; el miedo a los efectos adversos; la inestabilidad en cuanto a vivienda, familia e ingresos; y la violencia doméstica (Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004).

Otros factores que dificultan la adhesión lo constituyen las reacciones emocionales intensas y adversas tales como estrés, ansiedad y depresión (Anónimo, 2003; Carrobles, Remor y Rodríguez- Alzamora, 2003; Hosek, Harper y Domanico, 2005; Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, 2004; Remor, 2002; Taylor, 2003). Estos afectos negativos podrían afectar adversamente la adhesión al tratamiento a través de sentimientos y cogniciones de impotencia y apatía, sumados a las limitaciones físicas debido a la pérdida de apetito o la fatiga (Hosek, Harper y Domanico, 2005).

Planteamiento del Problema

Según el acuerdo de los diversos autores consultados (OPS, 1999; Brooks, Batel y Morse, 2002; Cueto, 2002; Taylor, 2003; ONUSIDA, 2000, 2006) la infección por VIH se ha convertido en una epidemia mundial que ha alcanzado cifras aterradoras y amenaza la estabilidad económica y social de los diferentes países a los que ha llegado. Si bien la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) supone un logro sorprendente para el manejo de esta infección ya que disminuye la carga viral y aumenta los linfocitos CD4, se requiere una alta adhesión para poder beneficiarse de estos efectos

positivos, lo que paradójicamente en estos pacientes resulta aún más complicado debido a las características del régimen de tratamiento y a factores sociales, económicos y psicológicos.

En el ámbito psicológico, el ser portador de este virus constituye una vivencia muy difícil por el continuo deterioro físico y laboral que conlleva, por las reacciones sociales negativas hacia ellos y su entorno inmediato, por alejamiento de sus referentes cercanos, los cambios drásticos en su estilo de vida y la modificación de sus expectativas a futuro.

Todo lo visto anteriormente, incide en la alta prevalencia de sintomatología depresiva en estos pacientes, que si bien no tiene una etiología claramente identificada, se debe tener en cuenta y tratar por los efectos adversos que tiene sobre el sistema inmune, lo cual expone a los seropositivos a infecciones oportunistas que agravan su estado y pueden conducirlos a la muerte.

Asimismo, es importante notar que los factores relacionados a una buena adhesión al tratamiento antirretroviral como una autoestima apropiada, optimismo, independencia, flexibilidad y tolerancia a la tensión se encuentran disminuidos o mermados cuando se presenta sintomatología depresiva, lo que haría más difícil el seguimiento adecuado del tratamiento en aquellos seropositivos con esta sintomatología.

Por todo lo visto, resulta pertinente plantearse la siguiente *pregunta de investigación*:

¿Cuál es la relación entre sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos infectados con VIH?

Objetivo general:

Identificar la relación existente entre sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos con diagnóstico de seropositividad.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de sintomatología depresiva en un grupo de adultos infectados con VIH según variables sociodemográficas y de la enfermedad
- Identificar el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos infectados con VIH según variables sociodemográficas y de la enfermedad
- Analizar la relación entre sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento antirretroviral según variables sociodemográficas y de la enfermedad.



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo correlacional dado que se pretende conocer y medir la relación existente entre los niveles de sintomatología depresiva y el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral en adultos diagnosticados con VIH (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). La utilidad de los estudios correlacionales radica en conocer cómo se puede comportar una variable, al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas. De esta forma, cuando dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tienen en la otra. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Esta investigación incluye además elementos descriptivos puesto que se buscará describir y especificar los niveles que presentan los participantes en cada uno de los constructos estudiados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El diseño de investigación que comprende este estudio es de tipo no experimental dado que no hay una manipulación deliberada de las variables, sino que estas fueron observadas tal y como se presentaron en su contexto natural. Además, el diseño es transeccional pues los datos se recolectaron en una sola aplicación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

2.1 Participantes

La población del estudio está constituida por adultos, mayores de 18 años, quienes tienen un diagnóstico de seropositividad y reciben tratamiento antirretroviral en los diferentes hospitales nacionales de Lima Metropolitana. Estas personas pueden estar en fases asintomáticas o sintomáticas de la infección (categoría A, B ó C).

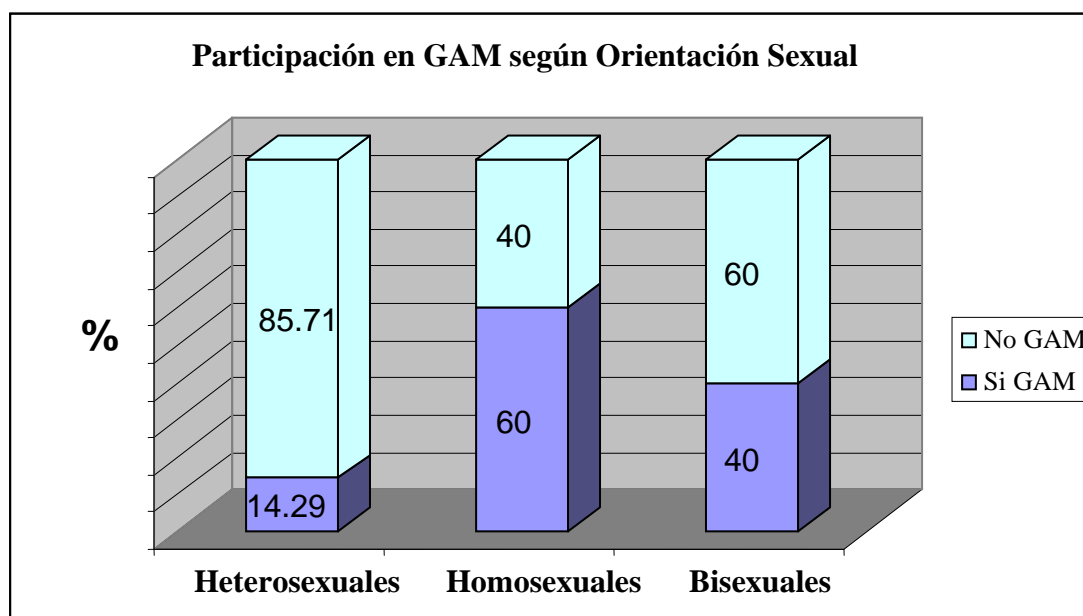
La edad mínima de 18 años se debe a que la prueba de adhesión al tratamiento antirretroviral fue validada inicialmente con una muestra a partir de esta edad.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, el cual es de utilidad cuando se requiere de una elección controlada y cuidadosa de los sujetos que tengan las características que se requieren por los instrumentos y el problema de investigación. Además, el muestreo fue de tipo accidental, pues dependía de la participación voluntaria de las personas que cumplieran con las particularidades antes especificadas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

La muestra estuvo conformada por 50 adultos, 26 hombres (52%) y 24 mujeres (48%), con una edad promedio de 34.6 años (D.E. = 9.85). Con respecto a la orientación sexual, tenemos que un 70% de participantes son heterosexuales, 20% son homosexuales y 10% bisexuales.

Se encontró que en el grupo de hombres la asistencia a Grupos de Ayuda Mutua es de 30.77% y en el grupo de mujeres esta asistencia es de 20.83%. A su vez, se halló que la participación en los diversos GAM es de un 14.29% para los heterosexuales, 60% para los homosexuales y 40% para los bisexuales. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Participación en GAM's según Orientación Sexual



Respecto al nivel de instrucción, se encontró que 12% de los participantes ha culminado a lo más estudios primarios, 56% culminó a lo más secundaria, un 18% no terminó estudios superiores y sólo el 14% ha culminado estudios superiores sean estos técnicos o universitarios. (Tabla 1)

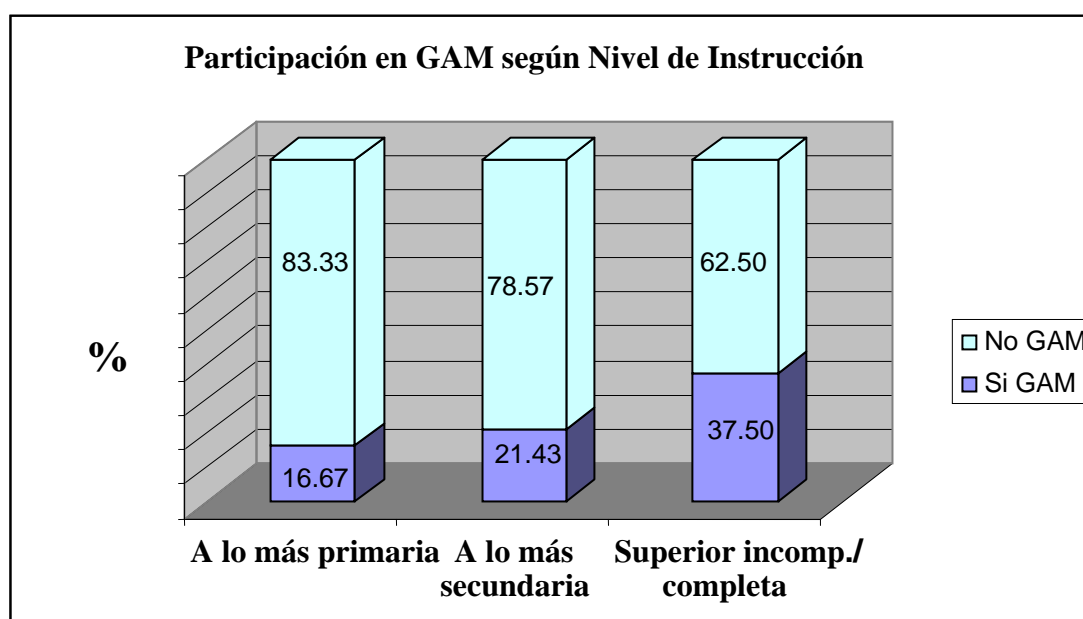
Cabe resaltar que ninguno de los participantes tiene Postgrado y sólo 10% se encuentra estudiando actualmente.

Tabla 1: Distribución de la muestra según Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	03	06.0
Primaria completa	03	06.0
Secundaria incompleta	13	26.0
Secundaria completa	15	30.0
Técnica/Universitaria incompleta	09	18.0
Técnica/Universitaria completa	07	14.0
Total	50	100.0

Se observó que la asistencia a los GAM es mayor mientras más alto es el nivel de instrucción. En este sentido, la participación es de 16.67% para los que estudiaron primaria, culminándola o no; de 21.43% para aquellos con educación secundaria, culminada o no; y un 37.50% para los que recibieron educación superior sea esta completa o incompleta. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Participación en GAM's según Nivel de Instrucción



Por otro lado, un 66% de los participantes refiere haber nacido en Lima y un 34% en otro Departamento. En lo referente al Estado Civil, tenemos que los solteros (46%) y los convivientes (30%) representan la mayor parte de la muestra (Tabla 2).

Tabla 2: Estado Civil de los participantes

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	46.0
Casado	08	16.0
Conviviente	15	30.0
Separado/Divorciado/Viudo	04	08.0
Total	50	100.0

Por su parte, también se obtuvieron indicadores de las condiciones de vida de los participantes. Es así que sólo 20 de ellos (40 %) refiere contar con un trabajo actualmente y el 32% del total refiere tener a su cargo la manutención de otras personas.

Del 40% que trabaja, un 50% tiene un ingreso mensual de hasta 300 soles, un 15 % percibe de 301 a 500 soles, 25% gana de 501 a 800 soles y sólo 10 % tiene un sueldo mayor a 800, siendo el máximo referido 1500 soles. (Tabla 3)

Tabla 3: Ingresos de los participantes que trabajan

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Hasta S/.300	10	50.0
De S/ :301 a S/.500	03	15.0
De S/.501 a S/. 800 soles	05	25.0
De s/. 801 a más	02	10.0
Total de trabajadores	20	100.0

Asimismo, un 45% de los que trabajan refiere que sus ingresos cubren mínimamente sus gastos, otro 45% menciona que sus ingresos cubren sus gastos medianamente y sólo 10% refiere que sus gastos se ven cubiertos en buena parte o totalmente por su sueldo.

Los pacientes reportaron no contar con ninguna fuente adicional de apoyo económico en el 28% de los casos, una fuente de apoyo en el 64% de los casos y dos o más fuentes solamente en el 8% de los casos.

En cuanto a la casa en que viven el 58% de los participantes refirió que ésta es propia, 28% que es alquilada y 14% vive en casa de un familiar, de un amigo o en el lugar donde trabaja. El material de las mismas es predominantemente noble (80%) y en un 20% de otro material como madera, adobe o esteras.

Además, se obtuvo que un 10% de ellos no cuenta con ningún servicio básico, 8% sólo cuenta con uno, un 6% sólo cuenta con dos, un 24 % con tres y el 52% restante cuenta con los cuatro servicios básicos de agua, luz, desagüe y teléfono.

Por otro lado, la media de personas que viven en casa es de 5.49 (D.E =2.92), el promedio de dormitorios es de 2.67 (D.E. =1.85) y el promedio de camas por vivienda es de 3.84 (D.E.= 2.41), lo cual revela condiciones de hacinamiento en la mayoría de los casos.

En lo referente al tratamiento, el 100% de los participantes recibe Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), el 98% se contagió por vía sexual y sólo 1 persona (2%) no sabe la vía de contagio.

El 18% de los participantes se encuentra en el estadio A de la infección, 50% en el estadio B y el 32% en el estadio C. De estas personas, el 94% se atiende en un hospital nacional en caso de enfermedad, el 4% acude al Seguro (ESSALUD) y un 2% a una posta médica.

A su vez, el 14% de la muestra refiere no contar con un agente externo de apoyo en el tratamiento, el 64% cuenta con una fuente de apoyo y el 22 % recibe ayuda para el tratamiento de dos o más fuentes, las cuales pueden ser el hospital, padres, familiares, pareja u otras instituciones de la comunidad. (Tabla 4)

En este mismo aspecto, fue importante constatar que si bien el hospital proporciona el tratamiento gratuito a todos los participantes, un 48% refiere no recibir ayuda para su tratamiento por parte del mismo, lo que revela que para este subgrupo la gratuidad del TARGA no es percibida como un apoyo significativo.

Tabla 4: Fuentes de apoyo en el tratamiento

Número de fuentes	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna fuente de apoyo	07	14.0
Una fuente de apoyo	32	64.0
Dos o más fuentes de apoyo	11	22.0
Total	50	100.0

Finalmente, se encontró que un 22% de las personas tiene actualmente una enfermedad asociada a la infección por VIH y de éstas sólo el 55% recibe tratamiento para la misma.

2.2 *Instrumentos*

2.2.1 *Encuesta Sociodemográfica*

Esta encuesta, basada en investigaciones anteriores (Fasce, 1999; Chávez-Ferrer, 1995; Rojas, 1991), recaba información de cinco áreas principales: personal, vivienda, educación, económico laboral y salud. Es de utilidad conocer cómo se presentan estas variables entre los participantes debido a que muchas de ellas como el nivel educativo, el acceso a servicios y medicinas y la estabilidad en cuanto a vivienda, familia e ingresos se relacionan, en la bibliografía consultada, con el grado de adhesión al tratamiento. De igual manera, la sintomatología depresiva podría mostrar alguna correlación con la situación económico laboral, sobretodo si el paciente ha perdido su estatus de proveedor. Adicionalmente, sería importante analizar las correlaciones -aún no estudiadas- que podrían existir entre las otras variables y la sintomatología depresiva.

La versión de la ficha sociodemográfica que se va a utilizar será similar a la que fue empleada por Fasce (1999), quien construyó el instrumento incluyendo información sociodemográfica identificada como relevante por estudios previos (Chávez-Ferrer, 1995 y Rojas, 1991). Dicha autora sometió la ficha a criterio de jueces para su revisión lingüística, modificando el texto según las recomendaciones hechas, para posteriormente ser aplicada a modo de piloto a 20 adultos con VIH de un Grupo de Ayuda Mutua y hacer las correcciones sugeridas. Para la presente investigación, a la misma se le añadieron algunas preguntas referentes a la infección por VIH como la primera y última medición de CD4 y carga viral, el

número de pastillas recetadas por día, el tipo de tratamiento antirretroviral y si se recibía o no tratamiento para la enfermedad(es) oportunista(s), en caso de que se tuviera(n). Asimismo, se indagó por la religión que profesaba el participante y si mantenía a otros económicamente aparte de sí mismo. Todo esto se hizo de acuerdo a las sugerencias recibidas con el fin de adaptar la encuesta a los objetivos del estudio. (Anexo A2)

2.2.2 *Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) en personas con infección por VIH y SIDA*

Esta prueba construida en España (Remor, 2006) es un instrumento de autoinforme, de carácter multidimensional, que evalúa el grado de adhesión al tratamiento que tienen las personas que viven con VIH y SIDA, bajo tratamiento farmacológico antirretroviral, siendo la puntuación mínima posible 17 y la máxima 89. (Anexo A3)

El cuestionario incluye 20 reactivos que fueron formulados sobre la base de la revisión de literatura especializada y la experiencia clínica del autor en la atención a la población con infección por VIH. Estos ítems abarcan dos dimensiones: el grado de cumplimiento del tratamiento y la presencia de factores moduladores de esta adhesión.

La administración del cuestionario puede ser tanto individual como colectiva, a partir de los 14 años, tal como señala el autor. Sin embargo, la validación inicial con una muestra española, evaluó a sujetos a partir de los 18 años (Remor, 2006).

En este mismo estudio, el coeficiente de fiabilidad por consistencia interna (Alpha de Cronbach) que se obtuvo fue de 0.73.

Asimismo, el cuestionario demostró características psicométricas significativas de validez de criterio externo y de validez predictiva. Para la validez de criterio externo se vio la relación entre adhesión al tratamiento y carga viral, como una forma de contrastar la hipótesis de que aquellos pacientes que tuvieran una mayor adhesión al tratamiento

presentarían menores niveles de carga viral. Esto se hizo a través de la correlación de Pearson entre la variable grado de adhesión (puntaje global de la prueba) y las mediciones de la carga viral en el momento de la evaluación con el CEAT-VIH y a los 6 meses de seguimiento. Los resultados indicaron una correlación inversa significativa entre el grado de adhesión y la primera medición de la carga viral ($r = -.20$; $p = 0,04$) y la segunda medición de la carga viral (seguimiento a los 6 meses, $r = -.24$; $p = 0,02$).

La validez predictiva, evaluó la capacidad del cuestionario CEAT-VIH para detectar el nivel de adhesión al tratamiento óptimo necesario para la discriminación entre una carga viral detectable e indetectable, a través de un análisis de curvas ROC. La curva obtenida resultó distante de la línea diagonal, lo que indica que la puntuación del grado de adhesión al tratamiento (medido por el CEAT-VIH) parece detectar de forma adecuada los individuos con carga viral detectable (> 400 copias de virus por ml.). Esta interpretación del gráfico se confirmó por los resultados estadísticos, donde el área bajo la curva es de 0.48 (I.C. 95% 0,37 a 0,54; $p = 0.79$).

En nuestro medio, este mismo cuestionario fue aplicado a 120 pacientes seropositivos del Departamento de Medicina interna-Infectología de un hospital nacional de Lima, obteniendo un índice de confiabilidad (Alpha de Cronbach) de 0.69. La correlación (coeficiente de Pearson) de las puntuaciones del índice global de adhesión al tratamiento con el indicador inmunológico células T CD4⁺ fue de .18 ($p = 0.04$). Esta correlación significativa, si bien pequeña, se señala como un aporte a la validez de criterio externo evidenciando que a mayor puntaje de adhesión al tratamiento mayor será el recuento de células CD4.

Para fines de la presente investigación, se realizó el análisis de confiabilidad por consistencia interna, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.70. A su vez, se hizo la

correlación ítem/ test, obteniéndose puntajes con nivel de discriminación adecuado para la mayoría de los ítems. (Anexo B2)

Sin embargo, para algunos de ellos (ítems 1, 2, 3 y 4) la correlación resultó baja. Esto se podría deber a que dichos ítems indagan la presencia de cambios en la adhesión durante la última semana, que al ser un lapso breve no presentaría mayor variación. Por ello, las repuestas se sitúan mayormente en el número 4 (alguna vez) y 5 (en ninguna ocasión) dentro de una escala de frecuencia. (Anexo B2)

Pese a lo visto, los ítems que presentaron baja correlación no fueron eliminados, puesto que el hacerlo no aumentaba significativamente la confiabilidad de la prueba y, además, porque se requeriría estudios posteriores para evaluar el grado de discriminación de los ítems en una muestra diferente a la presentada en este estudio. (Anexo B2)

Con la finalidad de establecer niveles de adhesión al tratamiento se consideraron los puntajes de 52-73 dentro del rango de adhesión baja e insuficiente; 74-79 como un nivel de adhesión adecuada y 80-86 como el nivel de adhesión estricta al tratamiento antirretroviral. Los rangos percentiles fueron tomados de los puntajes obtenidos en la investigación llevada a cabo en Lima con el CEAT-VIH y los percentiles que se establecieron como puntos de corte de las tres categorías corresponden a aquellos que han resultado pertinentes en otros contextos latinoamericanos por establecer una diferenciación significativa en los niveles de carga viral de los pacientes, entre ellos el estudio de validación del CEAT-VIH en Brasil (Remor, Milner-Moskovics y Preussler, 2007).

2.2.3 *Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II)*

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II) es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes, tanto psiquiátricos como normales, a partir de los 13 años. Cada ítem

es puntuado según una escala de 0 a 3 y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63. Los ítems, en comparación con la primera versión, incluyen cambios en los ítems 16 y 18 que cuentan con tres alternativas más de respuesta que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. A su vez, se debe tomar en cuenta el valor más alto de un ítem, en caso de que la persona evaluada marque más de una alternativa. (Anexo A4)

Es necesario considerar que si bien esta versión del IDB fue desarrollada para evaluar la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV, no es un instrumento para especificar un diagnóstico clínico.

Los síntomas evaluados por este inventario son: Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos de Culpa, Sentimiento de Castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en los Hábitos de Sueño, Irritabilidad, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de Interés en el Sexo.

En España, se llevó a cabo una adaptación del inventario (Sanz, Navarro y Vásquez, 2003), el que fue aplicado a 590 estudiantes universitarios y mostró una consistencia interna elevada (Alpha de Cronbach= 0.89). En este estudio se encontró que el BDI-II mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados: uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. El hecho de que los ítems del BDI-II cubran todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio depresivo mayor y el distímico respalda su validez de contenido. Además, dicho estudio determina que el BDI-II es un mejor instrumento que su predecesor, el BDI-IA para evaluar sintomatología depresiva en universitarios en cuanto a su consistencia interna, validez factorial y validez de contenido.

De igual manera, en Argentina se hizo una adaptación del BDI-II al castellano (Brenlla y Rodríguez, 2006), a través del procedimiento de traducción back-translation, la revisión especializada del contenido de las traducciones, la administración de la versión experimental del IDB-II en una muestra piloto y el estudio de las propiedades psicométricas de esta versión.

Con el fin de desarrollar un instrumento que identifique depresión mayor con fines clínicos se consideró más importante la sensibilidad del test que su especificidad. Es decir, la adopción de un umbral más bajo para detectar depresión a fin de disminuir la probabilidad de cualquier falso negativo. Por lo tanto, los puntos de corte que se establecieron clasifican la puntuación total de 0 a 13, perteneciente al rango de depresión mínima; 14 a 19 dentro del rango de depresión leve; 20 a 28 en la categoría de depresión moderada y 29 a 63 correspondiente a un nivel de depresión severo.

El coeficiente alfa de este inventario argentino fue de 0.88 para los pacientes y de 0.86 para los sujetos del grupo de comparación. La correlación test-retest de 7-10 días después de administrada la prueba, en un grupo de 17 pacientes externos, fue positiva y significativa entre ambas evaluaciones ($r = 0.90$). En la población general, se constató una correlación significativa entre ambas mediciones ($r = 0.864$), lo que indica, en ambas poblaciones, una estabilidad importante del IDB-II a través del tiempo.

En cuanto a la validez convergente, los datos indican que el IDB II está positivamente correlacionado con la Escala de Depresión del MMPI II ($r = 0,58$, $p < 0,01$) y con la escala de Depresión de la SCL-90-R ($r = 0,81$, $p < 0,001$). En lo referente a la validez discriminante, la correlación entre el IDB II y la escala de Ansiedad de la SCL-90-R fue de 0,63 ($p < 0,001$). Estos resultados son semejantes a los encontrados por Beck en 1996, quien considera que no son inesperados ya que las evaluaciones clínicas han probado que existe correlación entre la ansiedad y la depresión.

En cuanto a la validez factorial, los datos parecen indicar que el IDB II representa dos dimensiones subyacentes – Cognitivo-Afectiva y Somática- correlacionadas significativamente tanto en la muestra de pacientes como en la de población general. No obstante, los síntomas afectivos individuales como la tristeza y el llanto pueden desplazar sus cargas de una dimensión a otra de acuerdo con el tipo de muestra que está siendo estudiada.

En otra investigación revisada (Carmody y Lega, s.f), llevada a cabo con 300 colombianos residentes en Estados Unidos, a quienes se les administró la versión en español del BDI-II, se encontraron niveles similares de depresión entre los hombres de la muestra colombiana y la muestra de estandarización, pero las mujeres en la muestra colombiana reportaron menores síntomas de depresión de los que fueron reportados por las mujeres en la muestra de estandarización.

Además, se demostró que los factores subyacentes de depresión que experimentan los colombianos son similares a los factores identificados en el grupo con el cual se estandarizó el IDB-II (versión en inglés), el cual estaba constituido en su mayoría por población de Estados Unidos, Inglaterra y Canadá.

Por otro lado, según estos autores los estudios realizados utilizando la versión en inglés del IDB-II con población no hispana, han identificado un modelo de dos factores subyacentes que conforman los síntomas de la depresión, que son el factor Cognitivo-Afectivo y el factor de Síntomas Somáticos. Sin embargo, señalan que también existe evidencia de un modelo de tres factores, conformado por Actitud Negativa, Ejecución y Síntomas Somáticos. Si bien, en su investigación, el modelo que mejor se ajustó de acuerdo a los factores subyacentes de Depresión fue el modelo de tres factores, el estudio es claro en señalar que tener uno, dos o tres factores es mejor que asumir una independencia de modelo, es decir, tomar a los 21 ítems como independientes y no correlacionados entre sí.

Dicho estudio señala que las investigaciones sobre el SBDI-II sugieren que es un buen instrumento de evaluación para la población hispano-parlante en aras de evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Además, resaltan que la identificación del factor que más contribuye a los síntomas de depresión en cada paciente es importante para seleccionar el plan de tratamiento y ponerlo en marcha de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Si bien en el Perú el instrumento no ha sido adaptado aún, viene siendo utilizado en diferentes investigaciones que se interesan en la sintomatología depresiva, como la llevada a cabo por Rodríguez (2008) que tuvo una consistencia interna elevada, Alfa de Cronbach general de 0.91, Alfa de Cronbach del factor 1= 0.87 y de 0.80 para el factor 2. Asimismo, la validez de constructo se determinó por un análisis factorial confirmatorio Promax mediante el cual los ítems se agruparon en dos factores. Si bien las cargas de éstos no se reproducen de la misma manera que en el inventario original, superan el 0.4 que es lo mínimo necesario para ser aceptados. Por ello, se puede ver que existen ítems que podrían ser considerados tanto de un factor como de otro.

Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.94. En el análisis de correlación ítem/ test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre .48 para el ítem 16 y .79 para el ítem 20. (Anexo B3)

A su vez, también se utilizó el modelo de dos factores- Cognitivo-Afectivo y Somático- puesto que al tratar con pacientes con una infección por VIH se necesitaba evaluar si había un traslape de la condición física con los síntomas somáticos característicos de la depresión.

Como se vio anteriormente, tanto el modelo de dos como el de tres factores asumen un factor somático separado. Sin embargo, la elección del modelo de dos factores, en lugar del de tres, se debió a que éste fue el que se obtuvo en la adaptación argentina del IDB-II, usada en esta investigación, y a que dicha adaptación mostraba los ítems específicos

correspondientes a cada uno de los dos factores, lo que no ocurría con la investigación con tres factores.

En nuestro estudio, la confiabilidad por consistencia interna del factor Cognitivo-Afectivo, compuesto por los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17, arrojó un Alfa de Cronbach de 0.92 con una correlación ítem/ test que osciló entre 0.55 para el ítem 6 y 0.76 para el ítem 13. (Anexo B4)

En el factor Somático, compuesto por los ítems 15, 16, 18, 19 y 20, el Alfa de Cronbach obtenido fue de 0.80 con correlaciones ítem/test desde 0.50 para el ítem 16 hasta 0.75 para el ítem 20. (Anexo B5)

Los coeficientes obtenidos demuestran el alto nivel de discriminación de los ítems que conforman la prueba y elevadas confiabilidades para cada uno de los factores, lo cual aporta a la evidencia empírica que respalda la pertinencia de su uso para futuras investigaciones.

2.3 *Procedimiento*

En primer lugar, se estableció contacto con el área de docencia e investigación del hospital al que acudían los participantes del estudio. Una vez que la institución evaluó la pertinencia e importancia de la investigación se obtuvo la autorización para acceder a los pacientes.

Los participantes fueron contactados uno por uno con la ayuda de la psicóloga encargada de la evaluación de TARGA y el consejero de esta área, mientras esperaban ser atendidos en los exteriores del departamento de infectología de dicho hospital. A cada participante se le explicaba el objetivo de estudio. Asimismo, se le leía el consentimiento informado, resaltando en todo momento que los datos serían tratados con estricta confidencialidad y, posteriormente, se le entregaba el mismo para que lo firme si estaba de acuerdo con participar.

Luego de esto, se leía una por una las preguntas que comprendían cada uno de los tres instrumentos utilizados. Ello se hizo para estar pendiente de las dudas que pudieran surgir en los participantes, para asegurar que todos hubieran entendido lo mismo y porque muchas veces los pacientes preferían que se les leyera los instrumentos.

Para el análisis de los datos, se verificó, en primer lugar, la confiabilidad del IDB-II y el CEAT-VIH, obteniéndose los índices Alfa de Cronbach de cada prueba, los cuales evalúan si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Asimismo, se obtuvo la correlación ítem/test de cada uno de los reactivos de las pruebas la cual es de gran relevancia porque indica la correlación lineal entre el ítem y el puntaje total (sin considerar el ítem en evaluación) indicando la magnitud de la capacidad de discriminación del ítem.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck-II se consideraron para la calificación los dos factores (Cognitivo-Afectivo y Somático), obtenidos en el estudio de adaptación argentino, dado que interesaba mantener los ítems somáticos separados ya que se necesitaba evaluar si estos tenían un mayor peso en el puntaje total de depresión de los participantes del estudio debido a que éstos presentaban condiciones desfavorables en el plano físico a causa del VIH. De ser así, se podría pensar en un traslape de síntomas físicos con síntomas depresivos de orden somático y una dificultad en el deslinde de la sintomatología depresiva y la condición de salud.

Seguidamente, se verificó la normalidad en la distribución de los puntajes de cada uno de los instrumentos usando el estadístico de Shapiro-Wilk, el cual es recomendado para muestras menores o iguales a 50. Este estadístico arrojó que los puntajes no se distribuían normalmente en ninguna de las dos pruebas, por lo que se usaron estadísticos no paramétricos para efectuar los diversos análisis. De esta manera, la correlación que se usó fue la de Spearman y para comparar las puntuaciones medias de los sub-grupos de la

muestra, divididos según las variables socio demográficas y de enfermedad, se utilizaron los estadísticos de U de Mann-Withney, T de Wilcoxon y H de Kruskall-Wallis según se tratara de dos muestras independientes, dos muestras relacionadas o de tres a más muestras independientes, respectivamente.



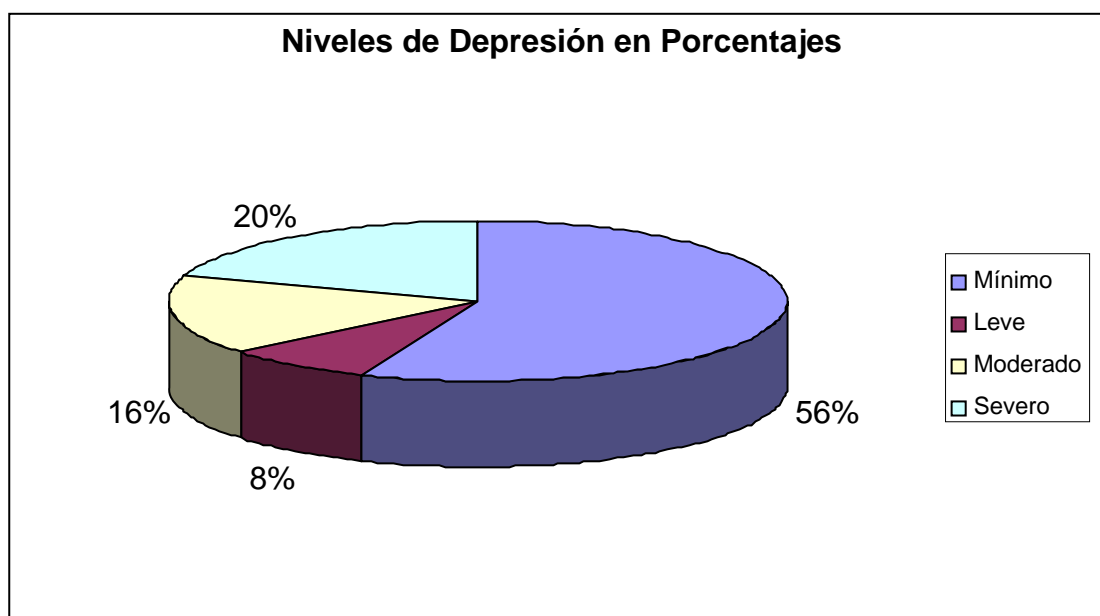
CAPÍTULO 3

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan, en primer lugar, los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck II, mostrando los datos descriptivos pertinentes a nivel global y de cada uno de los dos factores, y las comparaciones relevantes de los resultados de este instrumento en función a los datos tanto sociodemográficos, de calidad de vida y de las particularidades del tratamiento obtenidos en la encuesta. A continuación, se hace lo propio con el Cuestionario de Adhesión al Tratamiento antirretroviral, exponiendo primero los resultados descriptivos y seguidamente los análisis comparativos. Finalmente, se muestran los análisis de correlación de ambos constructos, detallándose la correlación entre los puntajes totales de ambas escalas, del CEAT-VIH con el factor Cognitivo-Afectivo y Somático del IDB-II y observando las particularidades del nivel de adhesión de los participantes según el grado de sintomatología depresiva que presenten.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck II, el puntaje medio en la muestra fue de 16.66 (D.E= 14.63), correspondiente a un nivel leve, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 56. A su vez, un 56% presenta un nivel de depresión mínimo, un 8% leve, un 16% moderado y un 20% tiene un nivel de depresión severo. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Niveles de Depresión en Porcentajes



Asimismo, para establecer el peso de cada factor del IDB-II en el puntaje de depresión de la muestra se hicieron comparaciones T de Wilcoxon encontrándose que no había diferencias significativas en el puntaje promedio entre el factor Cognitivo-Afectivo y el factor Somático ($Z = -0.93$, $p = 0.35$). Es decir, ambos tienen una carga similar en el nivel de depresión total de la muestra.

Adicionalmente, se desarrolló el mismo análisis para evaluar si había un mayor peso del factor Somático en la sintomatología depresiva total de los participantes según las diversas condiciones de éstos, tales como el nivel de depresión, el estadio de la infección y la presencia de una enfermedad actual adicional al diagnóstico de VIH.

Tal como se muestra en la Tabla 1, no se encontró una mayor carga del factor Somático de la depresión sobre el factor Cognitivo-Afectivo, según el nivel de depresión de la persona ni la condición médica en la que se encontraba al momento de ser evaluado.

Tabla 1: Comparación de puntuaciones promedio del Factor Cognitivo-Afectivo (1) y Factor Somático (2) según nivel de depresión y condición médica.

			Factor 1		Factor 2			
Variables		N	M	D.E	M	D.E	Z	p*
Nivel de S. Depresiva	Mínimo	28	0.24	0.24	0.40	0.42	-1.70	0.09
	Leve	4	0.82	0.24	0.80	0.49	0.00	1.00
	Moderado	8	1.17	0.22	1.03	0.36	-0.84	0.40
	Severo	10	1.94	0.43	1.98	0.51	-0.41	0.68
Estado de la Infección	1	9	0.81	1.04	0.82	0.89	-0.14	0.89
	2	25	0.87	0.68	0.97	0.82	-1.16	0.25
	3	16	0.61	0.62	0.68	0.51	-0.35	0.73
Enfermedad actual	Sí	11	1.34	0.78	1.29	0.81	-0.53	0.59
	No	39	0.62	0.64	0.72	0.69	-1.20	0.23

* Se considera significativo un $p < 0.05$

En cuanto a las variables sociodemográficas se halló que la condición laboral marcaba diferencias significativas en el nivel de depresión de la muestra. En ese sentido, el nivel de depresión para aquellos que cuentan con un trabajo actualmente fue menor que para aquellos que no lo tienen. (Tabla 2)

Resulta interesante observar que las demás condiciones que dan cuenta de la calidad de vida del paciente, incluyendo tipo de trabajo, solvencia económica, cantidad de servicios básicos, tipo y material de la casa, contar o no con fuentes adicionales de aporte económico y el grado de hacinamiento no resultan relevantes en el grado de depresión de estas personas. (Anexo B)

Asimismo, en cuanto a las características de la infección, se halló que cuando los pacientes tienen una enfermedad adicional asociada al VIH el nivel de depresión es mayor que cuando, aparte de la condición de seropositividad, no presentan otra enfermedad adicional. (Tabla 2)

Tabla 2: Diferencias según variables sociodemográficas y de la enfermedad en los puntajes del IDB II.

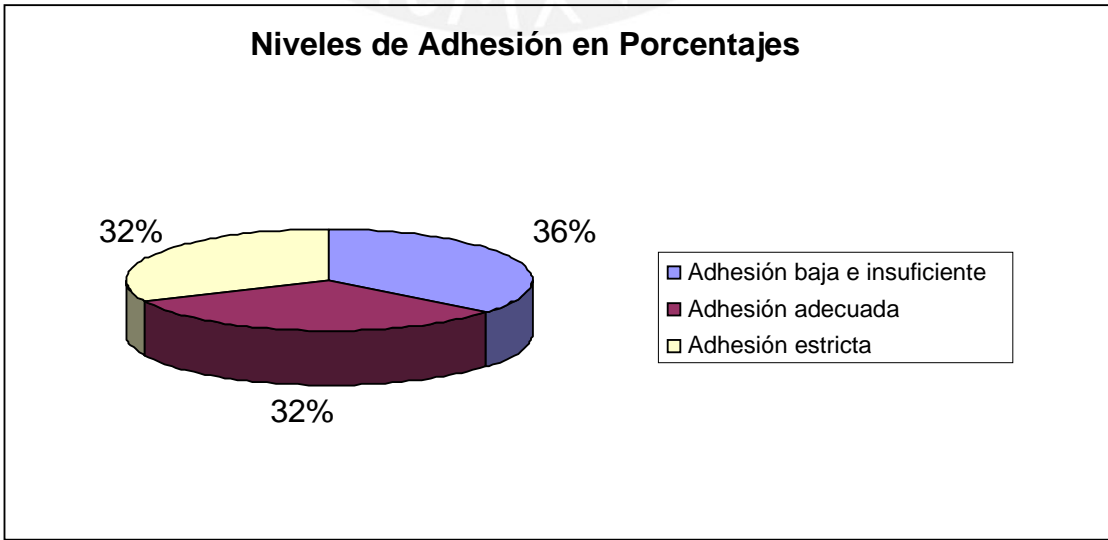
Variables Sociodemográficas		N	M	D.E	U
Trabajo actual	Sí	20	10.45	12.86	155**
	No	30	20.80	14.45	
Enfermedad asociada al VIH	Sí	11	27.73	15.44	92.5**
	No	39	13.54	12.95	

N= 50 *p< 0.05 **p< 0.01

No se hallaron diferencias significativas en el grado de depresión según otras características que presente la persona en el tratamiento ni según las diversas particularidades demográficas de la muestra. (Anexo B)

En cuanto a la adhesión al tratamiento, la media en la muestra fue de 75.56 (D.E. = 6.69), correspondiente a un nivel de adhesión adecuada, con un valor mínimo de 52 y un máximo de 86. Asimismo, un 36% de la muestra presenta un nivel bajo e insuficiente de adhesión al tratamiento, contra un 32% que tiene una adhesión adecuada y otro 32% cuya adhesión es estricta. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Niveles de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Porcentajes



Respecto a las variables demográficas relevantes en la adhesión se encuentra que ésta se diferencia según el estado educativo actual. De esta forma, la media de adhesión para los que se encuentran estudiando actualmente fue significativamente mayor que para aquellos que no lo hacen. (Tabla 3)

Además, se constató que no existen diferencias significativas entre los puntajes del CEAT-VIH según las demás variables demográficas obtenidas como el nivel de instrucción, estado civil, orientación sexual, religión ni lugar de procedencia. (Anexo B)

En cuanto a los factores económicos, se encuentra que el grado de adhesión difiere según el número de fuentes de apoyo económico con que cuenta el paciente ($H=6.70$, $p=0.04$), siendo significativamente mayor la adhesión cuando el paciente no cuenta con ayuda económica que cuando cuenta con una fuente externa de apoyo en este sentido. (Tabla 3)

Las otras variables que evaluaban calidad de vida como el estado laboral, tipo de trabajo e ingresos; el tipo de casa y material de ésta, los servicios básicos con que se cuenta y la presencia de condiciones de hacinamiento no mostraron establecer diferencias subyacentes a la adhesión que se tenga al TARGA. (Anexo B)

En lo que se refiere a las condiciones de salud, se observa que la adhesión en los pacientes es menor cuando tienen alguna enfermedad asociada al VIH que cuando no la tienen. (Tabla 3)

A su vez, se obtuvo que no existen mayores diferencias con respecto a que la enfermedad asociada, para los que la tienen, esté siendo tratada o no ($U=15$, $p=.75$). (Anexo B)

Tampoco se obtuvieron diferencias en la adhesión según la participación en Grupos de Ayuda Mutua, estadio de la infección, tiempo de diagnóstico, último análisis de carga viral y células CD4, el recibir o no ayuda en el tratamiento o el número de pastillas que la persona tome cada día. (Anexo B)

Tabla 3: Diferencias según variables sociodemográficas y de la enfermedad en los puntajes del CEAT.

Variables Sociodemográficas		N	M	D.E	U
Estudios actuales	Sí	05	80.60	3.36	49.5 *
	No	45	75.04	6.74	
Fuentes de aporte económico	0	14	78.86	4.57	124 *
	1	32	73.81	7.20	
Enfermedad asociada al VIH	Sí	11	72.27	6.18	125*
	No	39	76.54	6.58	

N= 50 *p< 0.05

Asimismo, se constató que no existen diferencias entre los niveles de adhesión al tratamiento y depresión según el sexo o edad de los participantes. (Anexo B)

En cuanto al objetivo principal de la investigación, se obtuvo una correlación media y negativa entre los puntajes totales del IDB II y el CEAT-VIH ($r = -.44$, $p = .001$) lo cual indica que a mayor severidad de la depresión, menor será el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral en la población de estudio. (Tabla 4)

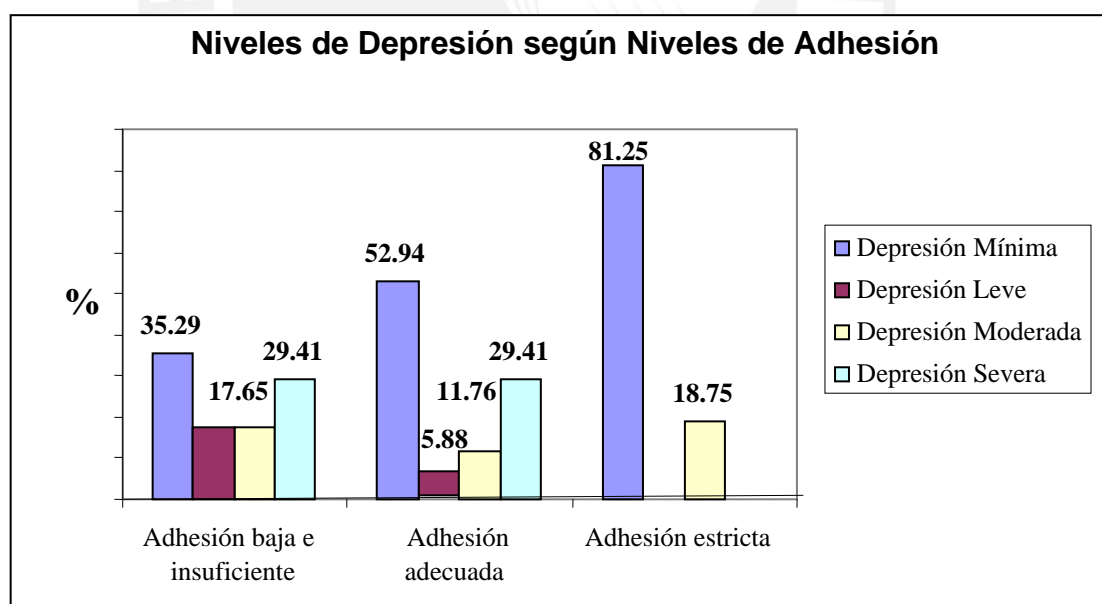
Se halló, de igual manera, correlaciones negativas significativas entre cada uno de los factores que componen el IDB-II y el nivel de adhesión de la muestra. La correlación del factor Cognitivo-Afectivo fue de $-.39$ ($p = .005$) y la del factor Somático fue también mediana aunque ligeramente superior ($r = -.43$, $p = .002$). (Tabla 4)

Tabla 4: Correlaciones entre los puntajes del CEAT-VIH con el puntaje total del BDI-II y con su factor 1 (Cognitivo-Afectivo) y 2 (Somático).

	BDI-II Total	Factor 1	Factor 2
CEAT-VIH	-.44**	-.39**	-.43**
N=50 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001			

De forma detallada, si se observa el Gráfico 3 en el que se muestran los niveles de adhesión según el grado de depresión de los participantes, se encuentra que en el subgrupo de adhesión baja un 35.29% tiene síntomas mínimos de depresión, mientras que de aquellos que tienen una adhesión adecuada un 52.94% muestra una depresión mínima y son considerados por el inventario como no deprimidos. Ello está presente en un 81.25% de los casos para aquellos con una adhesión estricta.

Gráfico 3: Niveles de Depresión según niveles de Adhesión al Tratamiento



Además, la adhesión también es mayor a medida que el porcentaje de participantes con depresión leve va disminuyendo, siendo esta de 17.65% en el grupo con baja adhesión, 5.88% en el grupo de adhesión adecuada y no presentándose en aquellos con una adhesión estricta.

Finalmente, es importante observar también, en este mismo gráfico, que en el grupo de los que presentan una adhesión estricta no se encuentra ninguna persona con depresión severa.



CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en nuestra investigación presentando, en primer lugar, las características más saltantes de la muestra. A continuación, se comentarán los diferentes niveles de sintomatología depresiva de los participantes y las asociaciones con las variables sociodemográficas registradas. Seguidamente, hablaremos de los niveles de adhesión al tratamiento, así como su asociación con las variables sociodemográficas tomadas en cuenta y, finalmente, discutiremos la relación encontrada entre la sintomatología depresiva y la adhesión al tratamiento antirretroviral.

En el presente estudio pudimos constatar, tal como señala el Ministerio de Salud (2006), que la vía principal de contagio del virus de inmunodeficiencia humana en nuestro país es la sexual. La proporción obtenida de este tipo de transmisión (98%) es similar a la notificada por el Ministerio (96%). Ya que no participaron niños no hubo ningún caso de transmisión vertical y sólo en un caso se desconoce el modo de transmisión, pero se especula que puede haber sido sanguíneo.

Asimismo, a partir de los datos obtenidos, se observa la evidente feminización de la epidemia del VIH. En este estudio, el 48% de los participantes fueron mujeres, quienes se contagiaron, en su gran mayoría, a través de relaciones sexuales con su esposo o pareja estable. Si bien esta es una muestra no probabilística, el hecho de que 38% de los pacientes

inscritos en el TARGA de este hospital sean mujeres nos permite constatar que la proporción hombre/ mujer va disminuyendo cada vez más como señala el Ministerio de Salud (2006) el cual encontró una relación hombre/mujer de 2.7/1 para finales de 2005. Este estudio sigue la misma línea al constatar, tal como señala este organismo, que hay una “evolución” de la epidemia que avanza gradualmente a la población heterosexual a través de hombres que tienen sexo con otros hombres y tienen un comportamiento bisexual por el que contagian a las mujeres y éstas a sus hijos, al salir embarazadas (MINSA, 2006).

Nuestra investigación coincide con la de Fasce (1999) en la que ninguna de las participantes ejercía como trabajadora sexual. Además, la única mujer de orientación homosexual actual, fue contagiada en una relación heterosexual pasada. Por ello, la vulnerabilidad de la mujer vendría dada por cuestiones tanto biológicas como sociales. En lo biológico, está demostrado que en las relaciones sexuales las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección por VIH. Ello se debe a que el área femenina de exposición al virus durante la relación sexual es mayor, los tejidos de ésta son más delicados y el semen concentra mayor cantidad de carga viral que los fluidos vaginales (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2006; Ferenci, 2004).

Aún más importante que el factor biológico, al menos en culturas como la nuestra, son los factores sociales de desigualdad de género. En nuestro país muchas mujeres dependen económicamente de su pareja y esto lleva a situaciones donde éstas no pueden negarse a tener relaciones sexuales. Además, ante situaciones de violencia sexual generalizada la abstinencia o la insistencia de la mujer en la utilización de preservativo no constituyen opciones realistas. De igual forma actúan los tabúes y los patrones culturales machistas, pues si una joven lleva un condón es considerada una chica “fácil”. En cambio, un hombre es estimulado a demostrar su virilidad teniendo relaciones sexuales con varias mujeres o incluso a tener relaciones con otros hombres siendo él quien ejerce la penetración. Luego de esto, al tener relaciones

sexuales con su esposa o pareja estable no se protegerá, lo que explica el alto nivel de exposición en que se encuentran las mujeres monógamas y heterosexuales. (Diez Canseco, 2005; CMP Flora Tristán, 2006; Ferenci, 2004)

Por otro lado, sin embargo, también se explica esta situación por el hecho de que cada vez más adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su orientación sexual, practican conductas de riesgo para contraer el VIH como tener relaciones sexuales con múltiples parejas, tanto estables como ocasionales, y no usar efectiva y consistentemente un preservativo en cada una de estas relaciones (Piña, 2004).

Para estudiar esta situación, específicamente en mujeres, se llevó a cabo una investigación sobre las variables asociadas a un uso inconsistente del condón en universitarias sexualmente activas de entre 18 y 26 años en México. El estudio indagaba por variables históricas (conocimientos y actitudes) y del presente (autoeficacia y variables situacionales) que podían predecir un uso poco frecuente del condón en relaciones vaginales, anales y orales. Se encontró que los únicos predictores del uso inconsistente de preservativo en estas mujeres era la creencia de que éste disminuye la satisfacción sexual y el no investigar la historia sexual del compañero sin mostrar un peso significativo variables como conocimientos, creencias sobre la efectividad del preservativo y autoeficacia. (Moreno, Robles y Piña, 2006)

Por ello, se puede ver que una mayor feminización del VIH también se debe a que en la actualidad existe una mayor libertad sexual en las mujeres, que supone un mayor número de parejas con las que tienen relaciones pero no implica, desgraciadamente, un mejor comportamiento de cuidado contra enfermedades sexuales.

Sobre la edad de los participantes, se halló que la media es de 34.6 años (D.E. = 9.85) lo que permite concordar con la afirmación de que este virus ataca principalmente a personas jóvenes y en edad económicamente productiva por lo que amenaza a la generación

de recursos y la producción, más aún en los países pobres (Brooks, Batel y Morse, 2002; ONUSIDA, 2006). Esta afirmación se ve corroborada, además, por el hecho de que un 60% de los participantes refiera no tener un trabajo actual.

En cuanto a los objetivos planteados, se encontró que el puntaje de sintomatología depresiva medio para la muestra fue de 16.66, lo que la ubicaría en un nivel leve. Asimismo, un 56% de los participantes tiene un nivel mínimo de depresión, también considerado como ausencia de esta sintomatología, y 8% se ubica en el nivel leve, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos (64%) está pudiendo lidiar con el diagnóstico de VIH sin llegar a niveles de tristeza, agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria.

Sin embargo, es preocupante que un 16% tenga un nivel de depresión moderado y, más aún, que 20% de la muestra presente niveles de depresión severa, lo que indica que un 36% de los participantes está considerado dentro del grupo de riesgo de esta sintomatología. Esto se explicaría por el fuerte impacto emocional que supone ser portador de VIH y sus repercusiones en amplias esferas de la vida de estos pacientes. En este sentido, es importante la creación de programas de intervención psicológica y acompañamiento de los seropositivos para identificar y tratar los factores relacionados a este alto grado de depresión de manera que puedan obtener mayores índices de bienestar emocional y satisfacción consigo mismos.

Con respecto a los factores involucrados en la sintomatología depresiva de los participantes, los análisis para determinar las variables sociodemográficas implicadas en esta sintomatología no encontraron diferencias significativas según el sexo de los mismos ($U=239$, $p=0.159$), pues si bien la media de las mujeres resultó mayor, la amplia dispersión en los puntajes no permite establecer diferencias concluyentes en la sintomatología depresiva según se trate de hombres ($M=12.88$, $D.E.=11.53$) o mujeres ($M=20.75$, $D.E.=16.67$). Esto diferencia sí es encontrada por Fasce (1999) en cuya muestra de personas con VIH hubo

una correlación significativa, aunque pequeña, ($r = -.29$, $p < 0.05$) entre depresión y sexo, mostrando un mayor nivel de depresión en mujeres que en hombres. Por el contrario, Teva, Bermúdez, Hernández-Quero y Buela-Casal (2005) usando el mismo instrumento que Fasce (IDB), no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de depresión en función al sexo de los participantes, lo que coincide con los resultados del presente estudio. Sin embargo, a nivel descriptivo, encontraron que la mayoría de los varones con VIH/SIDA presentaban niveles de sintomatología depresiva localizados entre depresión leve, moderada y grave. Por el contrario, en la mayor parte del grupo de mujeres no hallaron rasgos de depresión.

Resulta interesante este hecho debido a que el promedio de mujeres que experimenta episodios depresivos, a nivel mundial, es el doble que de hombres y llega a ser de hasta tres veces más para el trastorno distímico (APA, 2002). En el caso de mujeres con VIH, Fasce (1999) atribuye un mayor porcentaje de depresión a que en un inicio el VIH era una enfermedad de hombres, por lo que las mujeres tienen un menor conocimiento de la misma y las enfermedades oportunistas que acarrea lo que les genera mayor incertidumbre. Además, señala esta autora, las mujeres tienen una mayor carga familiar que demanda mucha energía de la que carecen por su estado de salud e, igualmente, debido a que el ser mujer está relacionado a baja autoestima y rasgos de inseguridad, pasividad y temor (Raguz, 1995, citado en Fasce, 1999), estas mujeres tenderán a buscar ayuda con expectativas muy altas del grupo de soporte, que, por lo mismo, no podrán ser cubiertas en su totalidad lo que llevaría una mayor posibilidad de que estas pacientes se depriman.

Por otro lado, el resultado de Teva y cols. (2005) de mayores índices de depresión en hombres es explicado por estos autores debido a que muchos de los participantes varones se encontraban en el estadio sintomático de la enfermedad, por lo que las manifestaciones de

ésta podrían haber contribuido a una mayor presencia de características de depresión en ese grupo.

Por estos hallazgos contradictorios podemos concluir que el sexo por sí mismo no es el que marca la diferencia en la sintomatología depresiva de los pacientes con VIH, sino ciertas vivencias y patrones asociados a esta infección, que deben ser evaluados con cuidado en futuras investigaciones para poder establecer diferencias determinantes, sí las hay, según el sexo de las personas.

Asimismo, no se halló asociación entre el grado de depresión y la pertenencia a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Fasce, (1999) en su estudio con seropositivos sí encuentra una correlación negativa significativa entre la participación en un GAM y el nivel de depresión, pero evalúa esta sintomatología al interior de estos grupos, es decir, la participación de los pacientes estaba asegurada y era innegable. Sin embargo, la presente investigación fue llevada a cabo en un hospital que cuenta con un GAM, pero muchos de los pacientes consideran que participaban en él aun si han ido pocas veces, o, incluso, si sólo han participado en alguna de las actividades recreativas que éste organiza. Por ello, la falta de asociación se puede deber a que el compromiso y grado de participación al interior del grupo no es tan alto que permita un aprovechamiento significativo del soporte emocional que este les podría brindar si se involucraran más.

A su vez, se encontró que los puntajes de sintomatología depresiva obtenidos diferían según la condición laboral actual, pues aquellas personas que se encontraban laborando en el momento de la evaluación presentaban menores índices de depresión que aquellos que no contaban con un trabajo, lo que coincide con lo encontrado por Gordillo y de la Cruz (2003) en cuya investigación una de las variables asociadas a la depresión de los participantes fue el no tener trabajo ($p = 0.002$)

Sobre esto, habría que tomar en cuenta lo referido a la edad de los participantes. Tal como se dijo, según la edad obtenida, tanto a nivel social como familiar se espera que estas personas se encuentren trabajando y aporten a la economía del hogar. Pese a esto, un 60% de la muestra no cuenta con un trabajo, lo que se debería, aparte de la grave situación de desempleo en el Perú, a condiciones específicas de ser seropositivo. Por un lado, según los testimonios recogidos, los empleadores despiden a la persona por su condición de salud. Por ejemplo, uno de los participantes refirió haber estado trabajando en un salón de belleza, pero luego su empleador le pidió que deje el trabajo pues su aspecto físico se estaba “deteriorando” y originaba comentarios negativos sobre su condición y el alejamiento de los clientes. Otra razón mencionada son los chequeos frecuentes y el tener que ir al hospital a recoger el tratamiento periódicamente por lo que los pacientes tienen que faltar al trabajo constantemente, razón por la cual los terminan despidiendo. Además, según señala el CMP Flora Tristán (2006) algunas empresas o empleadores están pidiendo pruebas de Elisa o chequeos médicos a sus postulantes lo que serviría de “filtro” de personas viviendo con VIH/SIDA.

Al perder el trabajo, los niveles de autonomía y capacidad de gasto se ven mermados y las tensiones producidas por las dificultades económicas se hacen más fuertes (García, 2006). Junto con esto, podemos añadir que las personas a menudo sentirán que no están cumpliendo con su rol de proveedores, que estiman fundamental sobretodo cuando tienen hijos. Es por ello, además, que pudimos constatar diferencias, aunque a nivel descriptivo, dependiendo de si los ingresos cubren los gastos de la persona o no. En ese sentido, se observa un menor puntaje de depresión del grupo que cubre sus gastos completamente/en buena parte ($M=0$, $D.E.=0.00$) que del que los cubre medianamente ($M=7.33$, $D.E.=6.54$) y ambos grupos, a su vez, tienen un menor puntaje de sintomatología depresiva que aquellos que cubren mínimamente sus gastos ($M=15.89$, $D.E.=16.68$). Creemos importante

mentonar esta diferencia en los tres grupos debido a que, sin serlo estrictamente, ésta tiene un valor casi significativo ($K= 5.81$, $p=0.055$). Rodríguez (1995), señala hallazgos que concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio en el sentido de que muchos trabajos señalan una relación positiva entre el nivel de ingresos y el nivel de bienestar subjetivo, aunque el nivel de correlación no sea muy alto. Asimismo, menciona que una hipótesis puede ser que el nivel de ingresos tiene un efecto sólo en niveles extremos de pobreza, pero que una vez que se han cubierto las necesidades básicas, éstos dejan de tener una influencia importante.

Adicionalmente, tal como señala Cantrell (1997) la pérdida de empleo se suma a otras múltiples pérdidas por las que pasa el seropositivo luego de conocer su diagnóstico como las muertes por SIDA de personas allegadas, la pérdida de habilidades físicas, la disminución en los ingresos, la pérdida de ciertas amistades y relaciones significativas, el estigma y la discriminación y el recorte en la esperanza de vida.

Todas estas vivencias estarían detrás de lo encontrado en esta investigación y lo señalado por García (2006) en lo referente a que la pérdida de la actividad laboral produce la emergencia de estados depresivos, desánimo y sentimientos de minusvalía en personas con VIH.

Sin embargo, no se debe dejar de lado la relación contraria, a saber: que una persona deprimida es más susceptible de perder el trabajo por un deterioro en su desempeño, sentimientos de desánimo o falta de concentración al realizarlo (Borja, Bustamante y Rascón, 1994).

Por otro lado, el hecho de que las personas que cuentan con un trabajo se depriman menos se debería a que esta condición permite una mejor organización y distribución del presupuesto, ser más autónomo y capitalizar mejor el tiempo libre. Asimismo, el trabajo cumple una función disipadora de las tensiones producidas por la enfermedad, por

dificultades familiares y económicas. Todo ello repercute en un mayor nivel de bienestar emocional y mejor capacidad de afrontamiento frente a los cambios cotidianos. (García, 2006)

Al igual que en el estudio llevado a cabo por Judd y col. (2005) no se encontró asociación entre la depresión y el estadio de enfermedad por VIH. En ese sentido, Roberts, Ciesla, Drenfeldt y Hewitt (2001) no consideran que el estar infectado con el VIH guarde una relación directa con la depresión, y esta sintomatología progrese conforme progresa la infección, sino que creen que son ciertos efectos de la enfermedad los que tienen un papel más influyente, tales como el estigma social y otros estresores sociales.

En esta línea, pese a que no se encontró correlación significativa entre el estadio de la infección y la depresión, sí se halló que cuando una persona tiene una enfermedad relacionada con la infección por VIH se deprime más que cuando no la tiene. Sobre esto, se podría decir que el estadio de la infección muchas veces se diagnostica según niveles de carga viral y recuento de células CD4 en la sangre, sin que la persona perciba mayores implicancias en su vida de estar en una u otra categoría, al menos cuando se halla en las primeras etapas. Cuando las enfermedades oportunistas aparecen, constituyen una prueba patente de la infección que confronta a la persona con diversas vivencias y sentimientos que podría haber estado evitando. Hays, Turner y Coates (1992) explican que, ante la ausencia de síntomas, la persona podría mantener la creencia de que no progresará hacia la etapa SIDA o que se hallará un tratamiento eficaz antes de que llegue a ésta e, incluso, puede negar o rechazar que será afectada. Sin embargo, aclaran, cuando las enfermedades aparecen, puede emerger la depresión en respuesta a múltiples factores como sentimientos de pérdida de control sobre el propio destino, cambios en la autoimagen de “estar sano” a “estar enfermo”, preocupación sobre las implicancias de la enfermedad en las relaciones personales y laborales, reconocer que se tendrán que afrontar asuntos difíciles evitados anteriormente

como el comunicar el diagnóstico a la familia, experimentar el malestar de los síntomas físicos y enfrentar la posibilidad del declive de la salud y la muerte.

En nuestro estudio es posible hablar del impacto psicológico detrás del nivel de depresión total de las personas que se encuentran en condiciones de enfermedad asociada al VIH sin atribuirla a los síntomas somáticos que componen la depresión o darle un peso fundamental a éstos. Esto gracias a que, como se vio, tanto el factor Somático como el factor Cognitivo-Afectivo tenían una carga similar en el nivel de sintomatología total de los participantes y no se encontraron diferencias significativas en el peso de ninguno de los dos factores según se compare al grupo por niveles de depresión, estadio de la infección o presencia de una enfermedad actual asociada al VIH.

En lo referente a la adhesión al tratamiento, se encontró que sólo un 32% de la muestra presenta un nivel de adhesión estricta, mientras que otro 32% presenta un nivel de adhesión considerado adecuado y un 36% se ubica en un nivel de adhesión insuficiente, lo cual pone en riesgo su capacidad inmunológica y, con ello, tanto su salud como su vida. Si bien este resultado puede ser preocupante coincide con lo mencionado por otros autores (Rodríguez, 1995; Taylor, 1991) de que, al menos, 45% de pacientes con enfermedades crónicas no se adhieren tanto como les es posible al tratamiento. Más aún, en el caso de pacientes seropositivos, los índices son similares a los hallados por Remor (2002) en los que el porcentaje de adhesión estricta no llegaba a ser de un tercio y de otros estudios con seropositivos que siguen esta línea y son citados por este autor. Asimismo, tomando en cuenta el estudio realizado en nuestro país con el mismo cuestionario, se encuentra que el promedio de adhesión es de 73,50 (D.E.= 6,60) lo que corresponde a un nivel bajo o insuficiente (Remor, 2006).

Por otro lado, tal como se vio, se debe entender a la adhesión como una implicación activa del paciente que se desarrolla en un curso de comportamiento, es decir, es un proceso

dinámico y complejo en el que intervienen diversas variables y, por lo mismo, se debe esperar un tiempo prudencial para que todas éstas se pongan en juego de manera que se puedan sacar conclusiones valederas de las características idiosincrásicas de la adhesión de determinado paciente.

Por ello, pensamos que aquellas preguntas del CEAT-VIH que indagan por cambios en la adhesión durante la última semana no tuvieron una mayor variación y no fueron buenos indicadores de la adhesión total al tratamiento. Ello, debido a que siete días constituyen un lapso muy corto en el que diversas variables como, por ejemplo, los efectos adversos de las medicinas, estados de ánimo depresivo o una mejora o empeoramiento significativo de la salud, entre otras, podrían no haberse siquiera presentado, lo que no permite considerar plenamente su impacto, lo que sí hubiera sido posible si se indagara por estos mismos cambios en un intervalo de tiempo mayor.

A su vez, no se encontró correlación con el estadio de la infección al igual que lo encontrado por Ladero, Orejudo y Carrobles (2005). Asimismo, el número de células CD4 no está correlacionado con el grado de adhesión al tratamiento lo que coincide con lo encontrado por otros estudios (Gordillo y de la Cruz, 2003; Ladero, Orejudo y Carrobles, 2005). Específicamente, en la muestra de estudio de Gordillo y de la Cruz (2003) se midió el grado de adhesión y el número de células CD4 de pacientes con VIH al iniciar el TARGA y luego de seis meses. Al analizar los resultados no encontraron una correlación significativa entre ambos niveles y concluyeron que aunque la adherencia disminuyera seguía habiendo un ligero aumento en la capacidad inmunológica.

Sin embargo, en lo referente a carga viral, diversos estudios (Remor, 2002, 2006; Ladero, Orejudo y Carrobles, 2005; Gordillo y de la Cruz., 2003) sí son consistentes en señalar una relación inversa y significativa entre los niveles de ésta y la adhesión lo que no fue encontrado en este estudio. Creemos que esto se debe a que se obtuvo la última carga

viral de los pacientes tomada por el laboratorio del hospital cuya fecha era distinta a la evaluación del grado de adhesión de los mismos, siendo para algunos de varios meses atrás. Por ello, no se pudo obtener una verdadera estimación de la carga viral actual para contrastarla con el nivel de adhesión obtenido con el CEAT-VIH.

Además, en nuestra investigación, pese a las limitaciones antes dichas, a nivel descriptivo sí pudimos observar un mayor puntaje de adhesión al tratamiento en aquellos con carga viral indetectable ($M=76.35$, $D.E.=5.72$) comparados con los que tenían una carga viral detectable ($M=72.50$, $D.E.=8.66$). Debido a este hallazgo, consideramos importante que la medición de carga viral sea lo más cercana posible a la del grado de adhesión al tratamiento, para corroborar si efectivamente ambos valores están inversa y significativamente correlacionados. Por ello, sugerimos monitorear más estrictamente esta medición en estudios posteriores.

A su vez, contrariamente a la teoría revisada sobre factores asociados a una baja adhesión en población general, no se halló asociación entre el grado de adhesión al tratamiento y el nivel educativo en la muestra. Sin embargo, lo encontrado aquí coincide con el estudio de adaptación del CEAT-VIH para Brasil (Remor, Milner-Moskovics y Preussler, 2007) que no halló diferencias en la adhesión según el grado de escolaridad. En dicho estudio se señala que existen factores más importantes que la escolaridad u otras variables sociodemográficas concretas. Una de estas variables importantes es la falta de información sobre el tratamiento.

Al respecto, en este estudio, fue posible constatar que a todos los pacientes se les brinda información básica a través de charlas sobre el TARGA, la sexualidad en los seropositivos y el cuidado que deben tener para no transmitirlo, las que se realizan en el ambiente de espera del servicio. A su vez, cada paciente recibe información por parte de los

médicos y psicólogos encargados, por lo que las diferencias en el grado de instrucción estarían compensadas por la similitud en el tipo y calidad de información sobre el TARGA.

Asimismo, tampoco se halló asociación entre el grado de adhesión y diversas condiciones de vida como el tipo de trabajo, si el ingreso económico que recibe a persona cubre satisfactoriamente sus gastos, el tipo de casa y material de ésta, el número de servicios básicos con que se cuente o incluso la presencia de condiciones de hacinamiento, como cantidad insuficiente de camas y dormitorios. Si bien este resultado parece sorprendente dado que se encuentra en la literatura que la inestabilidad de los ingresos y en la vivienda están asociadas a una baja adhesión otros autores que han encontrado resultados similares a los nuestros (Remor, Milner-Moskovics y Preussler, 2007) aclaran que el nivel socioeconómico no es buen predictor del grado de adhesión, con excepción de las situaciones de extrema pobreza, que no fue el caso de ninguno de los participantes de nuestra muestra.

Esta afirmación está basada en que ninguno de los participantes de nuestro estudio se veía imposibilitado de ir al hospital por su condición económica y por el hecho de que el tratamiento antirretroviral es gratuito para todos ellos, lo que significa que el estar en tratamiento no supone una disminución significativa de sus ingresos.

En esta misma línea, la gratuidad del TARGA estaría detrás de que no haya diferencias entre aquellos que dicen recibir apoyo en el tratamiento y aquellos que dicen que no lo reciben, pues, aunque no lo perciban, el hecho real de que el tratamiento no les cueste es un enorme apoyo al tratamiento de todos ellos, por lo que no hay una mayor variación en el grado de adhesión que dependa de ésta variable.

Asimismo, se halló una diferencia sustancial dependiendo de si la persona estaba estudiando o no. Es decir, aquellos que estaban estudiando en el momento de la investigación reportaron mayores niveles de adhesión que aquellos que no lo hacían, siendo la media de los primeros de 80.6 puntos (D.E.= 3.36) lo que corresponde a un grado estricto de adhesión.

Dado que no se hallaron diferencias en el nivel de adhesión según el grado de instrucción ni en el nivel de información sobre el tratamiento que reciben los participantes no se puede atribuir esta diferencia a que los que están estudiando tengan una mayor cantidad o calidad de información sobre el cuidado de la salud.

Sin embargo, sí podemos hipotetizar que un mayor compromiso con el tratamiento y la decisión de continuar con los estudios, a pesar de la enfermedad, demuestra una actitud positiva hacia la vida caracterizada por el establecimiento de metas y un compromiso activo para su consecución.

Según lo visto sobre los factores asociados con la adhesión al tratamiento en seropositivos, la percepción que tiene el paciente sobre su apoyo familiar, a nivel emocional, instrumental e informacional, favorece la adhesión. Adicionalmente, ésta se ve favorecida por el optimismo, que asegura una mayor motivación de seguir adelante y tener presentes los beneficios del tratamiento, y por la percepción de autoeficacia de sí mismo, es decir, la convicción de poder realizar exitosamente las conductas que llevarán al resultado que se desea.

Por ello, planteamos la hipótesis de que detrás de la asociación entre nivel de adhesión y estar estudiando se encuentra la percepción de la persona de contar con un apoyo instrumental por parte de su familia, ya que en la mayoría de casos es ella la que se hace responsable económicamente por los estudios de estos pacientes; además, mirar con optimismo su futuro y percibirse a sí mismos como autoeficaces, pues el hecho de que sigan estudiando, a pesar del diagnóstico de seropositividad, da cuenta de que se sienten capaces de comprometerse con el tratamiento y con una actividad académica y realizarlas satisfactoriamente, de manera que puedan conseguir sus metas personales, laborales y/o profesionales futuras.

No obstante, sería pertinente ahondar en investigaciones que correlacionen la adhesión al tratamiento con los constructos de autoeficacia percibida, optimismo, sentido de esperanza, motivación de logro y soporte social/familiar en personas con VIH para corroborar la hipótesis planteada.

En lo referente al aporte económico, resulta interesante el hallazgo de que aquellas personas que no reciben apoyo de ninguna fuente muestran mayores índices de adhesión que aquellos que cuentan con una fuente de apoyo financiero.

Creemos que ante la ausencia de ayuda económica externa la persona será más conciente de que mejorar su nivel de vida y cubrir los gastos que se presenten depende fundamentalmente de sí misma. Como muchos de ellos señalaron, a veces la precariedad de su salud no les permite conseguir trabajo o impide- para aquellos que lo tienen- un adecuado desempeño en éste. Por ello, estas personas se comprometerían más con el tratamiento con la esperanza de mejorar su estado de salud y poder conseguir un empleo o mantenerse con el que cuentan de manera que puedan cumplir con las obligaciones económicas que tienen y que nadie más está asumiendo por ellos.

Además, se encontró un menor nivel de adhesión al tratamiento en aquellas personas que tenían una enfermedad actual asociada al VIH. En estos pacientes se encontraría un mayor nivel de incapacidad y malestar físico, factores que son conocidos por perjudicar directamente la adhesión (Villa y Vinaccia, 2006). Asimismo, como bien han señalado diversos autores (Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Villa y Vinaccia, 2006), uno de los factores asociados a una adhesión baja es la complejidad del tratamiento médico. En los pacientes que reportan una enfermedad adicional al VIH el tratamiento se vuelve más complicado ya que involucra no sólo el tomar medicamentos y asistir a chequeos en el hospital por la infección de VIH, sino también seguir la medicación y regímenes específicos para tratar la enfermedad adicional, así como lidiar con las molestias y complicaciones propias de ésta. En ese sentido,

estos pacientes tendrán que tomar una cantidad mayor de medicación y de cualidad diferente a la acostumbrada, posiblemente el modo de administración de ésta sea distinto, deberán implementar horarios adicionales a los de los antirretrovirales para tomarla y enfrentar otros potenciales efectos secundarios sumados a los del TARGA. Todos estos factores se adicionarían a la complejidad que ya supone el tratamiento con antirretrovirales y explicarían la menor adhesión en este grupo de personas.

En cuanto al objetivo general de nuestro estudio, los resultados indican que existe una correlación negativa mediana y significativa entre los constructos de sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH.

Asimismo, cada uno de los factores que componen el BDI-II también muestra una correlación inversa y significativa con el puntaje total del CEAT-VIH lo que nos permite asegurar que la relación entre las dos principales variables de nuestro estudio es consistente e importante.

Este hallazgo, además, se ve respaldado por otras investigaciones realizadas en el extranjero con ambos constructos. Una de ellas es la de Kindelán, Del Amo, Ruiz, Saiz, Pulido y Laguna (2002) quienes hallan a la depresión como uno de los factores más relevantes que afectan la adhesión encontrándose esta sintomatología en un 9% a 23% de los casos.

A su vez, Gordillo y de la Cruz (2003) al medir la adhesión y ciertas variables demográficas en un grupo con VIH tomando datos en un momento inicial y después de 6 a 8 meses encontraron que la depresión influye a lo largo del tiempo pues los pacientes deprimidos presentaban una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la adhesión inicial y la reportada 6 meses después. En ese sentido, las personas deprimidas que empezaron con una adhesión baja mostraron una tendencia a mantenerla (79.3% de los

casos), siendo sólo un 20% de estas personas las que lograron mejorar la misma. En cambio, en los no deprimidos un 44% pasó de tener una baja adhesión a tener una alta.

En cuanto a nuestra investigación, dado que es de carácter correlacional y, por lo tanto, no se puede establecer causalidad de una variable sobre otra se evaluarán aquellos aspectos de la sintomatología depresiva que pueden estar interfiriendo con una buena adhesión y, de manera inversa, como una baja adhesión podría ahondar los síntomas depresivos.

En primer lugar, un ítem del factor Cognitivo-Afectivo que ha tenido mayor correlación con el grado de adhesión al tratamiento es el de fracaso personal (Gordillo y de la Cruz, 2003). Viéndolo detenidamente, la persona con esta sensación ve muchos fracasos en su pasado e incluso llega a sentirse como un fracaso total. Al iniciar el TARGA, de naturaleza demandante y compleja como hemos visto, se pondrán en juego las cogniciones y sentimientos negativos de esta persona sobre su capacidad de realizar satisfactoriamente las cosas, creará por anticipado que no será capaz de cumplir estrictamente con el tratamiento y esto actuará, efectivamente, como una profecía autocumplida haciendo que no se comprometa con él.

Por otro lado, otros componentes de este factor que podrían estar en juego son la desvalorización y los pensamientos o deseos suicidas. En ese sentido, si la persona cree que no vale nada e incluso piensa en acabar con su existencia, la motivación para seguir viviendo va a ser cada vez menor, por lo que no va encontrar mucho sentido en seguir un tratamiento tan estricto que alargue una vida que él no quiere continuar.

Asimismo, dentro del componente Somático de la depresión encontramos la dificultad de concentración. Como hemos dicho anteriormente, el TARGA puede implicar la toma de muchas pastillas al día y el horario en que se toman debe ser el mismo siempre, pues incluso algunos minutos en la demora de la toma harán que el virus se torne más resistente al

tratamiento. Una persona deprimida con dificultad para concentrarse, puede pasar por alto indicaciones importantes del médico sobre el cuidado de su salud e, inclusive, olvidar con frecuencia la hora de tomar su medicación con lo que afectará su grado de adhesión al tratamiento.

Finalmente, en sentido inverso, la literatura señala que la adhesión se ve perjudicada cuando la persona no puede incluir la toma de sus medicinas en su rutina diaria. Esta dificultad se ve con más claridad en los pacientes con VIH por la cantidad de pastillas que deben tomar que puede interferir con su jornada laboral, la vergüenza de que otros indaguen por la naturaleza de su enfermedad y el miedo de que se descubra que son portadores del VIH y los boten del trabajo. Por ello, creemos que si una persona por estas u otras condiciones se ve imposibilitada de cumplir con su medicación de forma adecuada va a estar preocupada por el impacto de esta mala adhesión sobre su salud. Además, si los indicadores de bienestar como un buen número de células CD4 y menor carga vírica van empeorando, la persona puede sentir que se va acercando a la muerte sin que pueda hacer mucho por revertir esta situación, por lo que la sintomatología depresiva puede hacer su aparición o volverse más grave si es que ya está presente.

A manera de síntesis, presentamos la hipótesis de que una mayor feminización de la epidemia se debería tanto a factores biológicos de mayor riesgo en la mujer así como componentes sociales de machismo y desvalorización de ésta que hacen menos probable que se pueda negar a tener relaciones sexuales con una pareja infectada o a acceder a un método anticonceptivo eficaz de protección contra el VIH. De manera inversa, aquellas mujeres que han alcanzado una mayor libertad y tienen más compañeros sexuales no estarían presentando un cuidado contra enfermedades de transmisión sexual que vaya a la par con este incremento de relaciones y parejas.

Asimismo, encontramos que la mayor parte de los participantes se encuentran en una edad económicamente productiva, por lo que el no contar con un trabajo se correlaciona con síntomas de depresión, lo que podría deberse al aporte económico que se espera de ellos en sus familias y el riesgo de perder su empleo debido a su condición de seropositividad.

A su vez, la sintomatología depresiva es mayor si la persona presenta una enfermedad asociada al VIH. Este hallazgo podría explicarse debido a que la aparición de síntomas hace que la persona sienta que no tiene control sobre la enfermedad, anula la fantasía que podría haber tenido de no llegar a desarrollarla y la enfrenta con situaciones difíciles que puede haber estado evitando como comunicar el diagnóstico a su familia y allegados.

En lo referente a la adhesión al tratamiento, encontramos que ésta es mayor en las personas que estudian, lo que, hipotetizamos, se debería a un mayor apoyo instrumental por parte de las familias de éstos, una actitud de compromiso con las metas y una mayor convicción de que las pueden lograr.

Por otro lado, las personas que no cuentan con ninguna fuente de apoyo económico presentan una mayor adhesión al tratamiento que las que cuentan con una, quizás porque son concientes de la necesidad de mejorar su salud para poder desempeñarse de manera óptima en el trabajo que tienen o el que consigan y, de esa forma, asumir las responsabilidades económicas que recaen, fundamentalmente, en ellos.

Adicionalmente, se encontró que las personas que tienen una enfermedad relacionada al VIH presentan menores niveles de adhesión que aquellas que no la tienen. Detrás de esto podría estar el hecho de que las enfermedades adicionales incrementan el malestar físico y el tratamiento para ellas supone un aumento a la complejidad del TARGA y acarrea mayores efectos secundarios que los que ya se tenían con el tratamiento contra el VIH.

La correlación negativa y significativa entre la sintomatología depresiva y la adhesión al tratamiento parece indicar que diversos aspectos de la depresión hacen que la persona no

se sienta capaz de cumplir con el tratamiento y/o no estime su vida lo suficiente como para querer comprometerse con el TARGA y seguir viviendo.

Asimismo, el no poder hacer del TARGA parte de su vida puede hacer que el paciente tenga temor de empeorar su salud o de morir, si efectivamente empeora, lo que podría incidir en un mayor nivel de depresión.

La importancia de estos hallazgos radica, por una parte, en que nos permiten ver la necesidad de incluir una evaluación minuciosa de la depresión de las personas que quieren ingresar al TARGA y ayudarlas a acceder a un tratamiento apropiado para poder frenar a tiempo el impacto negativo que la sintomatología depresiva tiene sobre el funcionamiento inmune y con ello mejorar su resistencia a las enfermedades. Además, con ello, se puede lograr que se comprometan con el tratamiento, lo que es más probable cuando la depresión está siendo tratada. Asimismo, el intervenir efectivamente antes de que la sintomatología depresiva empeore puede evitar el uso de medicación antidepresiva que puede afectar negativamente el efecto de la medicación antirretroviral.

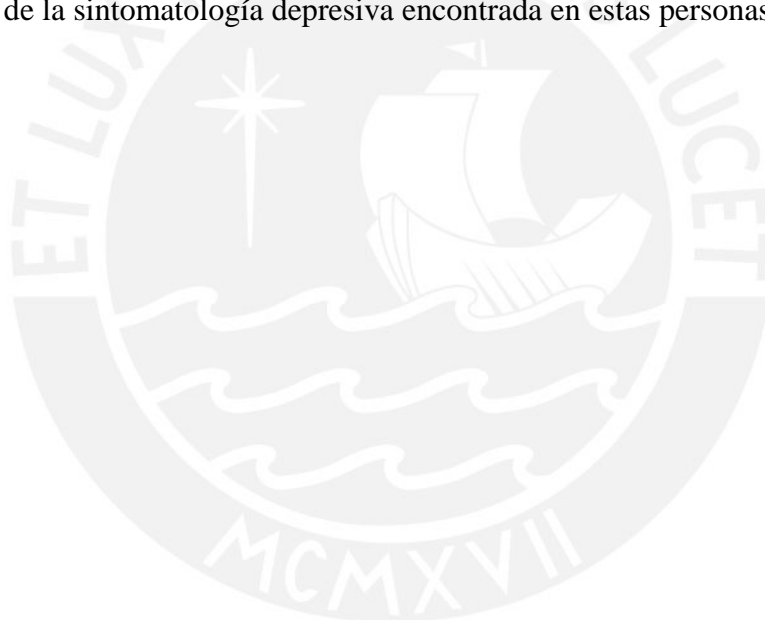
Conociendo la relación entre sintomatología depresiva y adhesión, adicionalmente, podemos considerar que el tratamiento de la depresión en pacientes con VIH no significa un gasto inútil del presupuesto de salud, sino más bien una inversión que a la larga supondrá un menor gasto en tratamientos antirretrovirales que se abandonen o no funcionen por la baja adhesión de los pacientes.

A su vez, el conocer cómo la falta de trabajo afecta a la depresión de estas personas puede permitir la creación de organizaciones que los capaciten para generar sus propios recursos y sentirse más productivos.

De igual manera, el conocimiento de que la presencia de una enfermedad asociada al VIH incide negativamente en la depresión y la adhesión permitirá que el personal médico y psicológico sepa que debe proporcionar un mayor acompañamiento y soporte de las personas

que ya presentan manifestaciones de la enfermedad de forma que tengan un mayor conocimiento de los cambios por los que pasarán, de las oportunidades que tienen y, así, puedan enfrentar adecuadamente el impacto psicológico que la progresión de la infección supone.

Para terminar, sería de mucho provecho que futuras investigaciones ahonden en la importancia de variables personales detrás del nivel de adhesión de las personas que viven con VIH, tales como la percepción de autoeficacia, los estilos de afrontamiento y motivación de logro. De igual manera, estimamos pertinente identificar el grado de participación necesario en los GAMs y la cualidad que éstos deben tener para que actúen como amortiguadores de la sintomatología depresiva encontrada en estas personas.



Ojo, las referencias van con sangría francesa y no si a doble espacio. No se si empiezan

mas abajo como los otros capitulos. Chequea eso

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anónimo (2003) Improving adherence to antiretroviral therapies: Challenges and strategies. *Corrections Forum*, 12, 19. Recuperado de la base de datos Proquest el 8 de abril, 2007 disponible en:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=333674281&sid=1&Fmt=4&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD>

Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – texto revisado* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. En:

Balague, G. (1990) La motivación en la actividad física y el deporte. *Papeles del Psicólogo*, 44. Recuperado el 8 de junio d 2007, disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=451>

Barriga, S., León, J., Martínez, M. y Jiménez, I. (1990). *Psicología social de la salud*. Sevilla: Sedal.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión*. Buenos Aires: Paidós.

Borja, V., Bustamante, P. y Rascón, R. (1994) ¿Aumenta la depresión clínica el riesgo de muertes por causas no violentas? *Salud Pública Méx.* 36, 51-60.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *La conducta y las enfermedades crónicas*. En: Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo.

Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Brooks, G., Batel, J. y Morse, S. (2002) *Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. México D.F: Manual Moderno.

Cabello, R. (2005). La situación del VIH/SIDA en el Perú al año 2005. *Vía Libre*. Recuperado el 23 de mayo de 2007 disponible en: <http://www.vialibre.org.pe/noticias/diamudia/Situvihsidadic2005.pdf>

Cantrell, C. (1997) Living with HIV/AIDS and multiple losses: Paradoxes and polarities. A phenomenological exploration. Ph.D. dissertation, The Union Institute, United States -- Ohio. Recibido el 16 de Diciembre de 2007, de ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 9814750).

Capra, D., Janeway, Ch., Travers, P. y Walport, M. (2000) *Inmunobiología. El sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad*. Barcelona: Masson.

Carrobles, J., Remor, E. y Rodríguez- Alzamora, L (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. En: Ladero, L.; Orejudo, S y Carrobles, J. (2005). Variables Psicosociales en la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.

Center for Diseases Control (1993). Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 41, 1-19.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (2006) Las mujeres positivas: la situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú. Lima: CMP Flora Tristán.

- Cueto, M. (2002). El rastro de SIDA en el Perú. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 9, 17-40. Recuperado el 23 de mayo de 2005, disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000400002&lng=en&nrm=iso
- Di Matteo, R. (2002) *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon
- Diez Canseco, F. (2005). *Estigma y discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Coordinadora peruana de personas viviendo con VIH/SIDA-Peruanos Positivos
- Eisenthal, S.; Emery, R.; Lazare, A. & Udin, H. (1979) "Adherence" and the negotiated approach to patienthood. En: Villa, C. y Vinaccia, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Fasce, N. (1999) Soporte social y depresión en personas adultas que viven con VIH. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ferenci, N. (2004) ¿Qué hace a la mujer más vulnerable? Entrevista a Nina Ferenci, representante de ONUSIDA, para la BBC de Londres. Extraída el 10 de diciembre de 2007 desde http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/science/newsid_4035000/4035373.stm
- García, A. (2006) Análisis estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA. Lima: Médicos sin fronteras.
- Gordillo, M. y de la Cruz, J. (2003) Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+. Algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, 15, 227-233
- Hays, R., Turner, H. & Coates, T. (1992) Social support, AIDS-Related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 463-469

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. Mexico D.F: Mc Graw-Hill

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación cualitativa*. Mexico D.F: Mc Graw-Hill

Hosek, S. Harper, G. & Domanico, R. (2005) Predictors of medication adherence among HIV-infected youth. *Psychology, Health and Medicine*, 10, 166-179.

Ingram, K. Jones, D. Fass, R. Neidig, J. & Song, S. (1999) Social support and unsupportive social interactions: their association with depression among people living with HIV. *AIDS Care*, 11, 313-329.

Instituto de Medicina tropical Alexander Von Humboldt (2004). Fortalecimiento de la prevención y control del VIH/SIDA y la tuberculosis en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Jeri, F., Lucho, M. (1993) Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 56, 220-234.

Judd, F., Komiti, A., Chua, P., Mijch, A., Hoy, J., Grech, P., Street, A., Lloy, J., & Williams, B. (2005) Nature of Depression in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 826-832. Recuperado de la base de datos Ebsco Host el 30 de abril de 2007.

Kasparas, G. (s. f.) Síndromes Psiquiátricos en la infección por el VIH y el SIDA. Extraído el 8 de abril, 2007 desde

http://www.sasnac.org.ar/docs/ciencias_clinicas/C/sindromes_psiquiatricos_infeccion_sida.pdf

Kindelán, J., Del Amo, J., Ruiz, C., Saiz, P., Pulido, F. y Laguna, F. (2002) Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20, 19-28.

Ladero, L.; Orejudo, S y Carrobles, J. (2005). Variables Psicosociales en la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.

Levensky, E. (2006) Further development and evaluation of an individualized intervention for increasing adherence to HIV medications. Recuperado de la base de datos Proquest el 20 de marzo, 2007 disponible en:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1092113371&sid=5&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD>

Martín, M. y Grau, J. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Villa, C. y Vinaccia, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, p. 52.

MINSA (2004) Plan de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA 2005-2009. Documento Recuperado el 30 de mayo de 2007 disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/matinfo.asp>

MINSA (2006) Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la Prevención y Control. Lima: Ministerio de Salud.

Moreno, T. (1999) Bases sobre el conocimiento del VIH/ETS. El paciente con SIDA y el entorno familiar. Extraído el 6 de mayo, 2007 desde
<http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/curso/cap21.pdf>

Moreno, D., Robles, S. y Piña, J. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.

Organización Panamericana de la Salud (1999) *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*.

ONUSIDA (2000) La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 2000. Ginebra: OMS.

- ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Documento recuperado el 30 de mayo de 2007 disponible en: http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp
- Patterson, K., Young, C., Woods, S., Vigil, O., Grant, I. & Atkinson, J. (2006). Screening for major depression in persons with HIV infection: the concurrent predictive validity of the Profile of Mood States Depression-Dejection Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 75-82.
- Peñarrieta, M., Rivera, A., Piñones, S., y Quintero, L. (2006) Experiencia de vivir con VIH/SIDA en un país latino: un análisis cualitativo. *Cultura de cuidados*, 20, 69-75
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20(1), 23-32.
- Porche, D. & Willis, D. (2006) Depression in HIV-infected men. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 391-401.
- Raguz, M. (1995). Aportes de género a la salud sexual y reproductiva. En: Fasce, N. (1999) Soporte social y depresión en personas adultas que viven con VIH. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Remor, E., y Martín, R. (1999) Psychosocial support for people living with HIV/AIDS: comparative study of needs among HIV+ people. En: Ladero, L.; Orejudo, S y Carrobles, J. (2005). Variables Psicosociales en la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., y Carrobles, J. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+?. *Psiquis*, 22, 111-116
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.

Remor, E. (2006). Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Estudio internacional. V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud de la APICSA. 19-23 Septiembre 2006. San José, Costa Rica. Comunicación Oral. [Resumen publicado en: *Revista Humanitas*, 3 (3), 80-81.]

Remor, E., Milner-Moskovics, J. y Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.

Roberts, J., Ciesla, J., Dorenfeld, D., & Hewitt, R. (2001) Emotional distress among HIV-positive individuals: The roles of acute negative life events and psychological diatheses. [*Personality and Individual Differences*](#), 30, 241-257.

Rodríguez, J. (1995) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.

Rodríguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. Tesis no publicada para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rojas, R. (1997). Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores del VIH. Tesis para optar por el título de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rosasco, A. (1990). Conocimientos y actitudes sobre el Sida de trabajadores asistenciales en tres instituciones de salud. Tesis para optar por el grado de bachiller en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sanz, J., Navarro, M. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.

Taylor, S. (1991) *Health Psychology*. New York : McGraw-Hill

- Taylor, S. (2003) *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill
- Tegger, M., Crane, H., Tapia, K., Uldall, K., Holte, S. & Kitahata, M. (2008). The Effect of Mental Illness, Substance Use, and Treatment for Depression on the Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(3), 233-243.
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28 (5), 40-49.
- Tuldrá, A., Ferrer, M., Fumaz, C., Bayés, R., Paredes, R., Burger, D. & Clotet, D. (1999) Monitoring adherence to HIV therapy. En: Ladero, L.; Orejudo, S y Carrobles, J. (2005). Variables Psicosociales en la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Velásquez, G., y Darío, R. (1996). *SIDA: Enfoque integral*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Vía Libre (s. f) Información Básica sobre VIH/SIDA. Documento recuperado el 30 de mayo de 2007, disponible en: <http://www.vialibre.org.pe/infosida.htm>
- Villa, C. y Vinaccia, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Walkup, J., Blank, M., Gonzales, J., Safren, S., Schwartz, S., Brown, L., Wilson, I., Knowlton, A., Lombard, F., Grossman, C., Lyda, K. & Schumacher, J. (2008). The Impact of Mental Health and Substance Abuse Factors on HIV Prevention and Treatment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47(1), 25-29.
- Willard, S. (2003). Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. Recuperado de la base de datos Proquest el 20 de marzo, 2007 disponible en:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=765653351&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VN=ame=PQD>

Zinger, L. (2004). A descriptive study of medication adherence among HIV positive adults in an urban clinic. Recuperado de la base de datos Proquest el 20 de marzo, 2007 disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=766263801&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VN=ame=PQD>





ANEXO A
INSTRUMENTOS

ANEXO A1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima-----de-----de 200-----

Estimados señores:

Mediante el presente documento afirmo haber comprendido los procedimientos sobre la investigación realizada por la Srta. Natali Alcántara Zapata, la cual tiene como objetivo conocer la relación existente entre los niveles de sintomatología depresiva y el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral, en personas viviendo con VIH/SIDA. Esto se realiza con la finalidad de tener un mayor conocimiento de lo que ocurre, para mejorar el trabajo psicológico que se realiza con esta población. Es por esto que estoy de acuerdo con participar voluntariamente.

Toda información dada será totalmente CONFIDENCIAL y ANÓNIMA y de cambiar de opinión cualquiera de las partes involucradas, este acuerdo queda nulo, sin que por ello se perjudique o interfiera con el tratamiento a recibir, ni con los derechos y normas legales que existen a nivel nacional e internacional en ambas partes.

Firma del participante

Srta. Natali Alcántara Zapata

Nombre o siglas del participante

ANEXO A2

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Para ser llenada por el consejero

Nombre o iniciales del paciente:-----

Nombre del Consejero:-----

Fecha de nacimiento:-----

Fecha de evaluación:-----

Institución:

1. Orientación sexual:

Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()

2. Vía de transmisión de la infección:

Sexual () Sanguínea () Por drogas intravenosas ()

No sé ()

3. Estadío de la infección:

Estadio 1: paciente asintomático ()

Estadio 2: enfermedad temprana ()

Estadio 3: enfermedad intermedia ()

4. Carga Viral y CD4

CV de 1era evaluación:-----

CV de última evaluación:-----

CD4 de 1era evaluación:-----

CD4 de última evaluación:-----

5. Tipo de tratamiento antirretroviral:-----**6. Número de pastillas recetadas/día**-----**7. Participa en algún GAM:** sí () ¿Cuál?-----

no ()

A. INFORMACIÓN PERSONAL

1. Edad:-----

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Estado civil:

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()

Conviviente () Separado ()

4. Religión:

Católica ()

Protestante/Evangélica ()

Judía ()

Otra: _____

B. VIVIENDA

5. Lugar de procedencia (si es de provincia, indique de cuál provincia)

() Lima

() Provincia: _____

6. Lugar de residencia (Si vive en Lima, indique el distrito. Si vive en provincia indique cuál)

i. Lima: _____

ii. Provincia: _____

7. Si es de provincia, pero se encuentra en Lima ¿cuánto tiempo tiene viviendo en Lima? ¿reside en Lima permanentemente? ¿viene a Lima sólo por temporadas?

8. ¿Con quién vive? (puede marcar más de uno)

Padre ()

Madre ()

Pareja ()

Hijos ()

Otros (detallar) -----

9. La casa en que vive es...

Propia () Alquilada () Pensión () Donde trabajas ()

Otros (especificar) -----

10. El material de la casa es:

Ladrillo y cemento ()

Madera ()

Quincha ()

Adobe ()

Otros (¿cuál?)-----

11. ¿Cuántas personas viven en esa casa?-----

12. ¿Cuántos dormitorios tiene?-----

13. ¿Cuántas camas tiene?-----

14. Tiene servicio de... (puedes marcar más de una)

Agua ()

Luz ()

Desagüe ()

Teléfono ()

C. EDUCACIÓN

15. ¿Qué grado de instrucción tiene?

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior técnica incompleta ()

Superior técnica completa ()

Universitaria incompleta ()

Universitaria completa ()

Post Grado ()

16. ¿Está estudiando actualmente?

Sí ()

No ()

D. ECONÓMICO LABORAL

17. ¿Quiénes aportan para su sostenimiento? (puede marcar más de una)

Padres ()

Otros familiares ()

Pareja ()

Amigos ()

Yo solo ()

Otros (detallar) -----

18. ¿Está trabajando actualmente?

Sí ()

No ()

19. ¿Usted mantiene económicamente a otra(s) persona(s) además de a sí mismo(a)? ¿a quiénes?

20. Su trabajo es

a) Independiente ()

Dependiente ()

b) Estable ()

Eventual ()

Contratado ()

c) Formal ()

Informal ()

21. ¿Cuánto gana aproximadamente?

Menos de 120 soles ()

De 121 a 200 soles ()

De 201 a 300 soles ()

De 301 a 500 soles ()

De 501 a 800 soles ()

De 801 a 1000 soles ()

Más de 1000 soles (aprox.) -----

22. ¿Lo que gana le alcanza para cubrir sus gastos?

Completamente ()

En buena parte ()

Más o menos ()

Muy poco ()

E. SALUD

23. Actualmente, ¿a dónde va cuando se enferma?

Hospital nacional (MINSA) ()

Seguro ()

Posta médica ()

Clínica privada ()

Vendedor de hierbas medicinales ()

Curandero ()

Otro (especificar) -----

24. ¿Quién le ayuda económicamente con sus tratamientos?

Sólo yo ()

Padres ()

Familiares ()

Pareja ()

Amigos ()

Hospital ()

Otras instituciones de la comunidad ()

Otros (¿cuáles?) -----

25. ¿Hace cuánto se enteró que era portador del VIH?

a) De 1 a 6 meses

b) De 6 meses a 1 año

c) De 1 a 3 años

d) De 3 a 5 años

e) De 5 a 7 años

f) De 7 a 9 años

g) De 9 a 11 años

h) De 11 años a más

26. ¿Actualmente sufre de alguna enfermedad asociada a la infección por VIH?

Sí () ¿cuál?-----

No ()

27. ¿Recibe algún tratamiento médico para esta infección?

Sí () ¿cuál?-----

No ()

28. ¿Recibe tratamiento para la infección por VIH?

Sí () ¿cuál?-----

No ()

ANEXO A3

CEAT-VIH

Fecha de evaluación: _____

Nombre o siglas: _____

Hospital: _____

Edad: _____

Instrucciones: Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”.

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Recuerda qué fármacos está tomando en este momento?

_____ (Escribir los nombres)

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
--------------	----------	-----------------------	---------------	---------------

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
----------------	----------------	---------	----------	---------------

18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno?

SÍ

NO

☐

☐

[Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?
.....]

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?

☐

☐

¿Cuál?

.....



ANEXO A4

IDB – II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste gran parte del tiempo.
2	Estoy triste todo el tiempo.
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo	
0	No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
1	Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
2	No espero que las cosas funcionen para mí.
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso	
0	No me siento como un(a) fracasado(a).
1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3	Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa	
0	No me siento particularmente culpable.
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo	
0	No siento que estoy siendo castigado(a).
1	Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
2	Espero ser castigado(a).
3	Siento que estoy siendo castigado(a).

7. Disconformidad con Uno Mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí mismo(a).
2	Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
3	No me gusto a mí mismo(a).

8. Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
2	Querría matarme.
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación	
0	No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
3	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión	
0	Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización	
0	No siento que yo no sea valioso(a).
1	No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3	No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a	Duermo un poco más que lo habitual.
1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
2a	Duermo mucho más que lo habitual.
2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
3a	Duermo la mayor parte del día.
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad	
0	No estoy más irritable que lo habitual.
1	Estoy más irritable que lo habitual.
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a	Mi apetito es mucho menor que antes.
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes.
3a	No tengo apetito en absoluto.
3b	Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga	
0	No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo	
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.



ANEXO B

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

ANEXO B1

Análisis de Normalidad de la Muestra

Prueba de Shapiro-Wilk

Instrumentos	N	W Shapiro-Wilk	Sig.
CEAT-VIH	50	0.94	0.00**
IDB-II	50	0.89	0.00***

p<0.01 *p<0.001

ANEXO B2

Análisis de Confiabilidad de las pruebas

Confiabilidad del CEAT-VIH y correlaciones ítem/test

Número de ítems del CEAT-VIH	Alfa de Cronbach
20	0.70

Correlación ítem/test del CEAT-VIH y Alfa si se elimina el ítem

Ítem del CEAT	Correlación Ítem-Total	Alfa si se elimina ítem
ceat1	0.10	0.70
ceat2	0.11	0.70
ceat3	0.02	0.71
ceat4	0.08	0.70
ceat5	0.11	0.70
ceat6	0.21	0.70
ceat7	0.28	0.70
ceat8	0.19	0.70
ceat9	0.32	0.69
ceat10	0.34	0.68
ceat11	0.23	0.69
ceat12	0.34	0.68
ceat13	0.34	0.68
ceat14	0.53	0.67
ceat15	0.17	0.70
ceat16	0.60	0.66
ceat17	0.55	0.66
ceat18	0.52	0.67
ceat19	0.23	0.70
ceat20	0.33	0.69

ANEXO B3

Análisis de Confiabilidad de las pruebas

Confiabilidad del IDB-II y correlaciones ítem/test

Número de ítems del IDB-II	Alfa de Cronbach
21	0,94

Correlación ítem/test del IDB-II y Alfa si se elimina el ítem

Ítem del IDB-II	Correlación Ítem-Total	Alfa si se elimina ítem
idb1	0.60	0.94
idb2	0.60	0.94
idb3	0.74	0.93
idb4	0.68	0.94
idb5	0.57	0.94
idb6	0.56	0.94
idb7	0.66	0.94
idb8	0.70	0.93
idb9	0.70	0.94
idb10	0.58	0.94
idb11	0.53	0.94
idb12	0.71	0.93
idb13	0.74	0.93
idb14	0.72	0.93
idb15	0.57	0.94
idb16	0.48	0.94
idb17	0.71	0.93
idb18	0.56	0.94
idb19	0.73	0.93
idb20	0.79	0.93
idb21	0.51	0.94

ANEXO B4

Análisis de Confiabilidad de los factores del IDB-II

Confiabilidad del Factor 1 Cognitivo-Afectivo y correlaciones ítem/test

Número de ítems del Factor Cognitivo-Afectivo	Alfa de Cronbach
14	0.92

Correlación ítem/test del Factor Cognitivo-Afectivo y Alfa si se elimina el ítem

Ítem del Factor Cognitivo-Afectivo	Correlación Ítem-Total	Alfa si se elimina ítem
idb1	0.56	0.92
idb3	0.70	0.91
idb4	0.63	0.91
idb5	0.58	0.91
idb6	0.55	0.92
idb7	0.62	0.91
idb8	0.74	0.91
idb9	0.68	0.91
idb10	0.55	0.92
idb11	0.57	0.92
idb12	0.74	0.91
idb13	0.76	0.91
idb14	0.70	0.91
idb17	0.70	0.91

ANEXO B5

Análisis de Confiabilidad de los factores del IDB-II

Confiabilidad del Factor 2 Somático y correlaciones ítem/test

Número de ítems del Factor Somático	Alfa de Cronbach
5	0.80

Correlación ítem/test del Factor Somático y Alfa si se elimina el ítem

Ítem del Factor Somático	Correlación Ítem-Total	Alfa si se elimina ítem
idb15	0.52	0.78
idb16	0.50	0.79
idb18	0.54	0.78
idb19	0.64	0.74
idb20	0.75	0.71

ANEXO B6

Análisis de correlación de Spearman

	CEAT- VIH	Edad	No. Fuentes de aporte económico	No. Servicios básicos	Hacinamiento en dormitorios	Hacinamiento en camas	No. Pastillas al día
BDI-II	-0.44**	0.12	0.08	-0.05	-0.20	-0.01	0.22
CEAT- VIH		0.03	-0.22	0.02	0.25	0.20	-0.21
N=50	*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001				

ANEXO B7
Análisis Estadísticos H de Kruskal-Wallis

			CEAT			IDB-II		
	Variables	N	M	D.E	H	M	D.E	H
Nivel de instrucción	A lo más primaria	06	76.50	8.78	0.85	24.33	14.62	3.15
	A lo más secundaria	28	75.39	5.30		14.71	14.16	
	Sup. Completa/incomp.	16	75.63	8.29		17.19	15.35	
Estado Civil	Soltero	23	76.09	4.96	0.31	15.74	15.54	2.14
	Casado	08	75.38	6.50		14.00	10.92	
	Conviviente	15	74.47	9.27		15.40	11.26	
	Separado/Divorciado/Vdo	04	77.50	5.80		32.00	22.52	
Orientación sexual	Heterosexual	35	75.06	7.09	0.70	15.46	14.31	1.05
	Homosexual	10	76.90	5.53		20.70	18.69	
	Bisexual	05	76.80	6.42		17.00	06.40	
Religión	Católica	38	75.79	7.10	1.41	17.74	15.83	0.29
	Protestante/ Evangélica	07	73.43	6.05		14.71	11.53	
	Otra	05	77.20	3.49		11.20	06.94	
Tipo de trabajo	Independiente	08	80.13	2.47	1.85	10.75	16.81	0.54
	Dep./Estable/Contratado	06	76.67	5.01		08.50	07.87	
	Eventual	06	75.83	7.28		12.00	12.77	

N= 50 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ANEXO B7

Análisis Estadísticos H de Kruskal-Wallis

			CEAT			IDB-II		
	Variables	N	M	D.E	H	M	D.E	H
Ingresos cubren gastos	Totalmente/En buena parte	02	81.50	0.71		0.00	0.00	
	Más o menos	09	79.33	3.28	2.95	07.33	06.54	5.81
	Muy poco	09	75.44	6.35		15.89	16.68	
Fuentes de aporte económico	Ninguna	14	78.86	4.57		15.79	17.93	
	Una	32	73.81	7.20	6.70*	17.47	13.93	0.64
	Dos ó más	04	78.50	2.65		13.25	08.34	
Tipo de casa	Propia	29	76.21	5.94		16.14	14.03	
	Alquilada	14	76.00	5.35	0.69	20.43	16.73	1.45
	Otros	07	72.29	11.04		11.29	12.39	
Estadio de la infección	Estadio 1	09	76.22	5.91		17.00	20.89	
	Estadio 2	25	75.44	7.71	0.22	18.72	14.39	2.04
	Estadio 3	16	75.50	5.59		13.25	10.74	
Tiempo de Diagnóstico	Hasta 1 año	15	74.27	8.03		15.47	11.44	
	De uno a tres años	20	77.05	5.00	1.00	17.20	16.98	0.13
	Más de 3 años	15	75.00	7.22		17.13	14.99	
Fuentes de apoyo en tratamiento	Ninguna	07	76.57	5.13		14.86	06.91	
	Una	32	74.78	7.30	1.13	17.13	16.62	0.15
	Dos ó más	11	77.36	5.55		16.45	12.64	

N= 50 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ANEXO B8

Análisis Estadísticos U de Mann-Withney

			CEAT			IDB II			
Variables		N	M	D.E	U	M	D.E	U	
Sexo	Masculino	26	76.31	6.64	257	12.88	11.53	239	
	Femenino	24	74.83	6.76		20.75	16.67		
Lugar de Procedencia	Lima	33	74.97	6.95	238.5	16.45	13.56	262.5	
	Provincias	17	76.82	6.11		17.06	16.94		
Participación en GAM	Sí	13	78.00	4.74	172.5	17.23	13.94	226	
	No	37	74.76	7.09		16.46	15.04		
Estudios actuales	Sí	05	80.60	3.36	49.5*	05.80	03.83	55	
	No	45	75.04	6.74		17.87	14.90		
Trabajo actual	Sí	20	77.80	5.17	205.5	10.45	12.86	155**	
	No	30	74.13	7.22		20.80	14.45		
Material de la casa	Noble	40	75.90	5.92	192	16.35	15.39	166	
	Otros	10	74.40	9.41		17.90	11.69		
Aporte propio	Sí	23	77.35	5.16	228	15.78	16.45		
	No	27	74.11	7.51		17.41	13.16		
Fuentes de aporte económico	Ninguno	14	78.86	4.57	124*				
	Uno	32	73.81	7.20					
Fuentes de aporte económico	Ninguno	14	78.86	4.57	24				
	Dos	04	78.50	2.65					
Fuentes de aporte económico	Uno	32	73.81	7.20	36.5				
	Dos	04	78.50	2.65					

N=50 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ANEXO B8

Análisis Estadísticos U de Mann-Withney

			CEAT			IDB II		
Variables		N	M	D.E	U	M	D.E	U
Última carga viral	Detectable	04	72.50	8.66	57.5	16.50	8.81	69
	Indetectable	40	76.35	5.72		16.83	15.69	
Último CD4	200 o más copias	32	76.45	6.06	164	17.71	16.48	186
	Menos de 200 copias	13	74.92	5.99		14.62	11.54	
Recibe apoyo en tratamiento de VIH	Sí	43	75.44	6.93	142	16.95	15.56	140
	No	07	76.57	5.13		14.86	06.91	
Enfermedad asociada a VIH	Sí	11	72.27	6.18	125*	27.73	15.44	92.5**
	No	39	76.54	6.58		13.54	12.95	
Recibe tratamiento para enfermedad asociada	Sí	06	72.33	4.27	15	28.83	13.23	13
	No	05	72.20	8.53		26.40	19.32	

N=50 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001